

Trabalho de Projeto

COMO FOMENTAR A PARTICIPAÇÃO ATIVA DO IDOSO EM CONTEXTO DE LAR

Sílvia Maria Gonçalves do Monte

Porto, Setembro de 2015

**COMO FOMENTAR A PARTICIPAÇÃO ATIVA DO
IDOSO EM CONTEXTO DE LAR**

Trabalho de Projeto apresentado ao
Instituto Superior de Serviço Social do Porto,
para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social
sob orientação da Professora Doutora Sidalina Almeida

Porto, Setembro de 2015

Agradecimentos

Ao chegar ao fim deste longo percurso não poderia deixar de destacar as pessoas fundamentais para a elaboração deste projeto e sem as quais não o teria concretizado.

Gostaria de agradecer à Professora Doutora Sidalina Almeida, orientadora incansável, por me abrir novos horizontes e por me ajudar a ultrapassar todas as dificuldades e constrangimentos. Agradeço-lhe também por toda a ajuda e pela disponibilidade que sempre revelou ao longo deste percurso.

Não poderia deixar de agradecer a todos os idosos que deram o seu contributo, cooperando e disponibilizando-se para responder aos questionários e às entrevistas, bem como aos proprietários da instituição, pela sua abertura e permissão para que pudesse trabalhar junto dos residentes.

Um agradecimento especial a todos os docentes que me transmitiram novos conhecimentos que se tornaram fulcrais para o desenvolvimento desta investigação.

Um último agradecimento aos meus pais e à minha irmã pelo incentivo, pela motivação e pelo apoio incondicional.

ÍNDICE

Resumo.....	9
Abstract	10
Résumé.....	11
INTRODUÇÃO.....	12
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1. Realidades institucionais	20
1.1. Estrutura residencial para pessoas idosas	20
1.2. Aspetos históricos dos lares de idosos.....	22
1.3. As estruturas residenciais: uma resposta social de alojamento coletivo para idosos	24
1.4. Causas e consequências da institucionalização.....	26
1.5. Integração e vivência nas estruturas residenciais	30
2. Processos de mudança e transformação organizacional	36
2.1. Empowerment	36
2.2. A participação do idoso	41
2.3. Animação sociocultural e ocupação dos tempos livres na ótica da participação	44
2.4. Intervenção do serviço social enquanto promotor de empowerment e participação	48
PARTE II – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO SOCIAL	51
1. Aspetos metodológicos da elaboração do diagnóstico social	52
2. Caracterização dos residentes e contextualização do ambiente institucional	57
2.1. Caracterização sociodemográfica dos residentes	57
2.2. A estrutura residencial: breves notas sobre a sua política organizacional e sobre o seu funcionamento quotidiano	64
2.2.1. Clima social.....	80
2.2.2. Necessidades dos residentes e níveis de satisfação	86
SÍNTESE DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS	93
PARTE III – PROJETO DE INTERVENÇÃO	94
1. Justificação do projeto de intervenção: dos problemas à formulação de objetivos	95
2. Os recursos necessários para implementação do projeto de intervenção	98
3. Plano de intervenção para a promoção do empowerment dos idosos	99

3.1. Proposta de ação nº 1 – Consciencialização da direção e dos colaboradores para a necessidade de participação dos residentes	100
3.2. Proposta de ação nº 2 – Trabalhar com os residentes para que estes assumam uma participação ativa no contexto institucional	102
3.3. Proposta de ação nº3 – Gerar proximidade entre direção/profissionais e os residentes	103
3.4. Proposta de ação nº4 – Dinamizar um comité para dar voz aos residentes	105
3.5. Proposta de ação nº 5 – Promover a participação dos idosos, auxiliares e familiares dos idosos na elaboração do plano de cuidados	107
3.6. Proposta de ação nº6 – Fomentar o envolvimento do idoso na elaboração, implementação e avaliação do plano de atividades	108
REFLEXÃO FINAL	112
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
ANEXOS.....	123
ANEXO I	124
ANEXO II	156

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Sexo	58
Gráfico 2 – Idades	59
Gráfico 3 – Estado Civil	60
Gráfico 4 – Naturalidade	60
Gráfico 5 – Escolaridade	62
Gráfico 6 – Condições perante o trabalho predominante ao longo da vida	62
Gráfico 7 – Atividade Profissional	63
Gráfico 8 – Patologias	64
Gráfico 9 – Os residentes consideram que a instituição se encontra bem organizada	81
Gráfico 10 – Os residentes consideram que as funcionárias são muito rígidas no momento de fazer cumprir regras e regulamentos	82
Gráfico 11 – Existência de críticas entre residentes	83
Gráfico 12 – Existência de dependência por parte dos residentes no desenvolvimento das suas próprias atividades (quotidianas, recreativas ou de ócio)	84
Gráfico 13 – Os residentes consideram as atividades de animação sociocultural estimulantes	85
Gráfico 14 – As sugestões dos residentes são consideradas no momento de atuar ou tomar decisões	86
Gráfico 15 – Atividades de tempos livres, culturais e sociais deviam ser melhoradas	87
Gráfico 16 – Residentes consideram os horários adequados	88
Gráfico 17 – Residentes consideram que as normas para visitas estão adequadas	89

Gráfico 18 – Necessidade de melhorar serviço de refeições	89
Gráfico 19 – Satisfação relativa à relação com o pessoal que trabalha na instituição	91
Gráfico 20 – Satisfação no que compete à organização da instituição	92
Gráfico 21 – Satisfação relativa à instituição	92

Índice de Abreviaturas

AID – Apoio Domiciliário Integrado

ASC – Animação Sociocultural

AVD – Atividades de vida diária

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

Resumo

As estruturas residenciais têm assumido um importante papel no apoio e no cuidado aos idosos. É inegável que as mesmas asseguram a satisfação das necessidades que permitem aos idosos manter a sua vida biológica, oferecendo serviços que lhes permitem a realização das atividades básicas de vida diária. Contudo, investigações realizadas mostram que há outro tipo de necessidades dos seniores que não são satisfeitas: entre elas a sua autonomia para a tomada de decisões sobre a vida da instituição e sobre a sua própria vida e ainda a sua capacidade de iniciativa. Essas investigações referem que a entrada dos idosos numa estrutura residencial representa uma rutura com o seu quotidiano e com os seus objetivos de vida, com as suas relações sociais, com a capacidade de exercer controlo sobre a sua vida, perdendo a autonomia para tomar decisões e a capacidade de tomar iniciativa.

Mobilizando a metodologia de projeto, apresenta-se uma proposta de intervenção baseada num diagnóstico social onde os problemas que acima enunciamos foram encontrados. Trata-se de uma proposta de intervenção voltada para o *empowerment* dos idosos que possibilite a sua autonomia e participação ativa. Assim, torna-se essencial a criação de condições que permitam ao idoso participar de uma forma mais efetiva na gestão das suas rotinas quotidianas. O objetivo último deste projeto de intervenção é permitir que os seniores tenham um maior controlo sobre o seu quadro de vida (a estrutura residencial) e sobre as suas próprias existências. Tal objetivo só poderá ser alcançado se se reunirem algumas condições: o estabelecimento de relações de confiança entre os idosos e entre profissionais e idosos; o acesso dos idosos à informação; e a necessária autorização da direção para a existência de contexturas de participação dos idosos nas estruturas residenciais.

As estratégias de ação propostas passam pela construção da cooperação entre todas as categorias de profissionais e os próprios gestores para, orientados por saberes teóricos e pelo conjunto dos saber-fazer, a realização de um trabalho de equipa apostado numa intervenção que permita a adequada satisfação das necessidades dos residentes. Tal pressupõe que os profissionais conheçam os anciãos e as suas histórias de vida e que fomentem o seu envolvimento e dos seus familiares na definição do plano de cuidados.

Palavras-chave: Institucionalização; *Empowerment*; Autonomia; Participação; Tomada de decisão;

Abstract

Residential structures have assumed an important role in the support and care of the elderly. It is undeniable that they ensure the satisfaction of needs that enable the elderly to maintain their biological life, offering services that allow the performance of the basic activities of daily life. However, research shows that another type of needs of seniors are not satisfied: among them the autonomy of older people to make decisions about life and about her own life and also their capacity of initiative. These investigations state that the entry of elderly in the residential structure represents a break with their everyday life and with their life goals, with its social relations, with the ability to exercise control over his life, losing the autonomy to make decisions and the ability to take initiative.

Mobilizing the project methodology, we present a proposal for intervention based on a social diagnosis where the problems listed above were found. This is a proposal for intervention focused on the empowerment of the elderly that allows their autonomy and active participation. Thus, it becomes essential to the creation of conditions that enable the elderly to participate more effectively in the management of daily routines. The ultimate aim of this intervention project is to enable the elderly to have more control over their life framework (the residential framework) and over their own lives. This aim can only be achieved if certain conditions are met: the establishment of trust among the elderly themselves and among professionals and seniors; the elderly's access to information; and the necessary approval from senior management of the existence of participation arrangements of the elderly in their residential structures.

The action strategies include the construction of cooperation between all categories of professionals and managers themselves, guided by theoretical knowledge and know-how, conducting teamwork based on an intervention that allows the adequate satisfaction of the seniors' needs. This presupposes that professionals know the elderly and their life stories and encourage the involvement of the elderly and their families in defining the care plan.

Keywords: Institutionalization; Empowerment; Autonomy; Participation; Decision-making.

Résumé

Bâtiments résidentiels ont assumé un rôle important dans le soutien et le soin des personnes âgées. Il est indéniable qu'ils s'assurent de la satisfaction des besoins qui permettent aux personnes âgées maintiennent leur vie biologique, offrant des services qui permettent la réalisation des activités courantes de la vie quotidienne. Toutefois, les recherches montrent qu'un autre type de besoins des personnes âgées qui ne sont pas satisfaits: parmi eux, l'autonomie des séniors personnes pour prendre des décisions sur la vie et de sa propre vie ainsi que la capacité d'initiative. Ces études affirment que l'entrée des personnes âgées en structure résidentielle représente un saut de votre vie quotidienne et avec leurs objectifs de vie, avec ses relations sociales, avec la possibilité d'exercer un contrôle sur sa vie, perte de l'autonomie pour prendre des décisions et la capacité à prendre des initiatives.

Mobiliser la méthodologie du projet, présente une proposition d'intervention basée sur un diagnostic social où les problèmes énumérés ci-dessus ont été trouvés. Il s'agit d'une proposition d'intervention vise à l'autonomisation des personnes âgées, ce qui permet leur autonomie et leur participation active. Ainsi, il devient indispensable de créer les conditions permettant aux personnes âgées à participer plus efficacement à la gestion des activités quotidiennes. Le ultime de ce projet d'intervention est de permettre aux personnes âgées d'avoir plus de contrôle sur votre cadre de vie (le cadre) et sur leurs propres vies. Cet objectif peut être atteint seulement si vous remplissez certaines conditions : la mise en place des fiducies chez les personnes âgées et chez les professionnels et les personnes âgées ; accès de personnes âgées à l'information ; l'autorisation et la direction à l'existence de structures de participation des personnes âgées en bâtiments résidentiels.

Les stratégies d'action comprennent la construction de la coopération entre toutes les catégories de professionnels et de gestionnaires de posséder, guidé par les connaissances théoriques et de savoir faire, mener un travail d'équipe parie une intervention qui permet satisfaite adéquatement aux besoins des personnes âgées. Cela exige que les professionnels connaissent les histoires âgées et de leur vie et encourager la participation des personnes âgées et de leurs familles dans la définition de leur plan de soins.

Mots-clés: Institutionnalisation; Autonomisation; Autonomie; Participation; Prise de décisions.

INTRODUÇÃO

O trabalho apresentado reporta-se ao desenvolvimento de um projeto de intervenção que tem como propósito principal criar condições para a participação ativa dos idosos no contexto de lar. Os conteúdos lecionados nas diversas unidades curriculares do mestrado em gerontologia social despertaram em mim, técnica que colabora numa estrutura residencial, a consciência da necessidade de alterar o funcionamento dos lares geriátricos para que as pessoas aí acolhidas não percam o controlo sobre as suas vidas. O facto deste tipo de equipamentos sociais continuar a assumir uma gestão de tipo tradicional impede que os seniores se mantenham autónomos e se sintam parte integrante da instituição. Como tal, enquanto assistente social, considero pertinente o desenvolvimento de um projeto direcionado para impulsionar a mudança no que respeita à postura das estruturas residenciais em relação ao poder dos idosos, para que possam influenciar a sua própria vida e a vida da instituição.

A diminuição do poder dos idosos para controlar a sua própria existência não acontece apenas aquando da sua entrada nas estruturas residenciais. Importa realçar as apreciáveis mudanças ocorridas nas últimas décadas nas relações de poder entre as gerações e que foram provocadas pela generalização do trabalho assalariado e pela crescente importância dos recursos escolares para as outras gerações. A passagem de um modo de sucessão das gerações em que o acesso às posições sociais era diretamente controlado pelos pais, no quadro da família unidade de produção, para um outro, em que são os diplomas e os mecanismos do mercado de trabalho que desempenham o papel decisivo, acabou por transformar as relações entre filhos e pais, modificar o conteúdo e a intensidade das suas trocas e fragilizar a própria consciência das suas obrigações recíprocas. A maioria das tarefas e cuidados tradicionalmente assumidos pela família, e que contribuía para constituí-la como grupo coeso, está a ser cada vez mais remetida para instituições como as estruturas residenciais. Embora tais modificações atinjam de forma variável os membros das diversas classes sociais, as redes de sociabilidade familiar deixaram de desempenhar o papel central que outrora possuíam em matéria de proteção (através das trocas de serviços, de informações ou da comunicação geradora de saberes) e, também de reconhecimento dos indivíduos (por via do fornecimento de modelos de identificação essenciais para a construção da identidade e dos sentimentos de pertença).

Além destas mudanças na estrutura familiar, a entrada dos idosos para os lares está também relacionada com o afastamento geográfico dos seus núcleos familiares, com a degradação das condições de habitabilidade das suas casas ou com a desadaptação das habitações às suas necessidades e com as barreiras arquitetónicas que as caracterizam, que colocam fortes obstáculos à sua independência, sobretudo numa etapa do seu curso de vida caracterizada pela degradação do seu estado de saúde.

Efetivamente, o aumento da esperança média de vida conduziu a uma maior longevidade e, consequentemente, ao aumento de situações de dependência, bem como ao agravamento dos problemas de saúde. Tais condições veem-se agravadas pelos baixos recursos económicos que nem sempre permitem ao sénior ter acesso aos cuidados/serviços de saúde que possibilitem a sua permanência no domicílio, vendo-se obrigado a integrar uma instituição. Em muitos casos, os lares de idosos são a única resposta capaz de assegurar a satisfação das suas necessidades e a preservação da sua qualidade de vida.

Sendo claro que os lares geriátricos são um tipo de organizações que inevitavelmente têm que existir, procedeu-se a um levantamento de dados no qual se verifica que eles são uma resposta social com elevada taxa de utilização – cerca de 90.1%, no ano de 2013. Tal reflete a existência de bastante procura, já que, segundo a mesma fonte, e no mesmo ano, a taxa de utilização média deste tipo de respostas sociais ronda os 78.1%, sendo que cerca de 80% das pessoas que integram as estruturas residenciais apresenta algum tipo de dependência.

Embora os lares de idosos sejam, muitas vezes a única resposta viável para os mais velhos, a sua integração numa instituição manifesta alterações significativas na sua vida, a nível de espaço, dos horários, da sua rede de relacionamento social, das suas rotinas e ocupação do tempo. Assiste-se a uma rutura no quotidiano do indivíduo que, se antes, integrado no seu quadro de vida – na sua casa e na sua comunidade local -, tinha um maior controlo sobre a sua própria vida, passa agora a estar submetido a um conjunto de regras que limitam a forma como deve desenvolver o seu dia-a-dia. As suas relações passam a estar condicionadas, perdendo o contacto com amigos e vizinhos. Além disso, a sua liberdade de expressão de gostos, sugestões e opiniões vê-se constantemente constrangida.

Tal situação está fortemente relacionada com o facto das direções das instituições terem um modelo de gestão ainda muito centralizado, sendo os elementos da gestão aqueles que normalmente são os únicos responsáveis pela determinação de regras, das práticas de atuação dos profissionais e do modo como se organiza o quotidiano dos seus idosos, centralizando o poder decisório. Assim sendo, a atuação dos diversos profissionais vai de encontro ao que a direção decide, ficando estes limitados à execução de um conjunto de tarefas. Assiste-se também a uma tendência da direção para a homogeneização na prestação de serviços aos idosos, de forma a gerir os recursos humanos e o tempo da rotina institucional. Não podemos contudo esquecer que os profissionais das diversas categorias, nomeadamente os técnicos e auxiliares, nem sempre criam as condições para que os utentes possam continuar a ter controlo sobre as suas próprias vidas. São várias as investigações (Goffman, 1961; Gubrium, 1997, Mallon, 2000) que mostram que nas rotinas quotidianas dos idosos em lar, estes têm pouca autonomia para decidir sobre a vida na residência e para poder influenciar o seu plano de cuidados.

Goffman (1961) remete-nos para o conceito de “instituição total” classificando-a como um local que se encontra fortemente administrado, onde os seus utilizadores se submetem a normas e a uma autoridade que delimita o modo como se vive quotidianamente. As suas rotinas diárias desenvolvem-se de acordo com horários estabelecidos pela equipa dirigente e de uma forma semelhante para todos. Os indivíduos são tratados de igual modo, pois consideram-nos um grupo de pessoas que se encontram em situação semelhante, sem se atender às particularidades da sua história de vida e da situação atual em que se encontram.

Mallon (2000) salienta que os idosos sentem necessidade de impor a sua individualidade de forma a não serem associadas apenas a um grupo de pessoas que apresenta determinada dependência e a uma prestação de cuidados homogénea. Ao depararem-se com a dependência de alguns residentes, os restantes receiam que a sua autonomia e a sua independência sejam postas em causa e, por isso evitam uma vida coletiva. A forma como os lares se organizam no quotidiano contribui para que estes não se estruturam como uma comunidade. Por exemplo, no que concerne às iniciativas, considera-se que estas são escassas, e as que existem não contribuem para o estabelecimento relações fortes entre os utentes. A sociedade contemporânea criou

espaços protegidos para que as pessoas saudáveis não idosas acreditem nesse mito do indivíduo independente e autónomo.

Gubrium (1997) apresenta os detalhes do quotidiano vivenciado numa instituição, com base num estudo acerca das perspetivas dos moradores, funcionários e familiares. Este autor defende que a forma como os idosos organizam e preenchem o seu tempo depende muito do contexto em que se encontram. Considera ainda que os residentes agem de acordo com o que se encontra definido e modelado pela instituição, conformando-se e adaptando-se às suas exigências, regras, horários e rotinas.

Atendendo ao facto do idoso perder a sua autonomia e de se encontrar submetido a normas e a rotinas institucionais que originam uma rotura com o seu quadro anterior de vida, é importante procedermos a um levantamento de necessidades e de problemas dos utentes, para que posteriormente se possam definir estratégias que permitam colmatar tais lacunas. Assim, consideramos pertinente a formulação das seguintes questões: “Será possível criar mecanismos que fomentem a participação dos idosos na vida do lar, de forma a mantê-los autónomos?” “Como promover o *empowerment* dos idosos institucionalizados?”

De forma a responder a esta questão é importante analisar as rotinas e as atividades desenvolvidas e vivenciadas pelos idosos institucionalizados e de que modo elas potenciam a tomada de decisão por parte dos mesmos. A intimidade/privacidade, o respeito pela sua individualidade, pela sua história de vida e a preservação dos seus gostos, vontades e tomadas de decisão também serão dimensões a estudar para responder às questões anteriormente formuladas.

Baseamos a perspetivação deste trabalho na metodologia de projeto, que nos coloca o desafio da elaboração de um diagnóstico social completo relativamente à realidade vivenciada pelos residentes. Na realização do diagnóstico será necessário proceder-se à fundamentação teórica, construindo uma problemática teórica que nos vai permitir identificar os fatores que estão na origem da falta de poder que os idosos têm para influenciar a sua própria vida e da instituição. Esta problemática teórica será fundamental para guiar a investigação empírica que permitirá retratar o contexto de vida institucional. Através da aplicação dos instrumentos do “SAMES-Lar” foi possível analisar várias dimensões do funcionamento da instituição, quer ao nível da política organizativa e do controlo que ela permite que os utentes possam ter, quer ao nível da

sua participação nas atividades sócio recreativas propostas pela instituição. Os instrumentos aplicados permitiram-nos também conhecer aspetos do clima social, das necessidades e do nível de satisfação dos idosos que foram caracterizados em termos sócio demográficos, dos seus estados de saúde/dependência e dos seus níveis de participação. A observação participante e o recurso a uma grelha de observação irão complementar e viabilizar as informações recolhidas através dos inquéritos.

Recorrendo às informações recolhidas, deteta-se que a participação e controlo que os residentes têm sobre a sua própria vida se encontra fortemente condicionada, por um lado pelas funcionárias que se vêm obrigadas a gerir o seu tempo, e, por outro, pela direção que impõe normas e regras rigorosas de gestão de recursos.

Todas as atividades quotidianas desenvolvem-se de acordo com um horário que se encontra pré-estabelecido pelos órgãos superiores hierárquicos, o mesmo acontece quando falamos nas ementas e nas atividades de ocupação de tempos livres, horários para o desenvolvimento de diversas rotinas, nomeadamente no que compete às visitas, bem como a escolha dos quartos, a escolha do companheiro de quarto, a opção quanto ao local onde se senta para fazer as refeições, entre outras. Estas atividades encontram-se definidas pela direção e pelos profissionais, não se concedendo aos residentes o direito de expressar a sua opinião e de dar o seu contributo na tomada de decisões. As ementas são elaboradas pela enfermeira e pelo pessoal da cozinha, enquanto o plano de atividades pela animadora sociocultural. Os residentes limitam-se a cumpri-lo, não possuindo liberdade para apresentar propostas que vão ao encontro dos seus gostos ou interesses; o mesmo acontece relativamente aos horários que se encontram definidos pelo regulamento interno devendo ser cumpridos pelos residentes, funcionárias e familiares. Os quartos, bem como os companheiros de quarto são definidos pela diretora técnica aquando a entrada do utente na instituição, não lhe sendo concedida a opção de escolha. Esta realidade representa uma condicionante no que compete ao bem-estar dos idosos, pois estes vêm-se limitados a cumprir aquilo que lhes é imposto, determinando a forma como se organiza a sua vida. O dia-a-dia dos residentes encontra-se totalmente condicionado pelas práticas institucionais, refletindo-se numa falta de controlo sobre a sua vida e sobre a vida da instituição.

Face a estes problemas acima identificados, baliza-se a possibilidade de realizar um projeto de intervenção que aumente o poder dos idosos no lar, quer no que diz

respeito à realização das atividades básicas de vida diária, bem como no desenvolvimento de outras ações de animação sociocultural que poderiam estimular o sentimento de utilidade social, a sua autonomia e cooperação com os colegas, no desenvolvimento de projetos lúdicos assentes em interesses comuns. Através da criação de estruturas de participação pretende-se intervir em diversas áreas através da participação dos residentes e seus familiares nos planos de cuidados e na criação de grupos de conversa sobre vários temas da vida no lar.

Muitas destas restrições são incutidas pelas lógicas institucionais, daí que seja essencial, na ótica de Zimmerman (2000, p.94):

[...] mudar a mentalidade da sociedade e das pessoas que administram e trabalham nas instituições, procurando fazer com que o velho seja entendido e respeitado nas suas necessidades, com que as pessoas se consigam colocar na sua posição, senti-lo, compreendê-lo e atendê-lo.

O idoso deve ser percecionado como uma pessoa com direito a viver num ambiente favorável, no qual possa criar expectativas, objetivos e ambições sendo para tal necessário o seu estímulo, resultante da efetivação do *empowerment*.

O *empowerment* [...] é um processo de transformação através da ação, através do qual cada sujeito se torna verdadeiramente participante do seu destino individual e da comunidade de que faz parte, o que implica um trabalho, quer sobre si mesmo quer com os outros. (Pinto, 2013, p.51)

Assim, o trabalho desenvolvido com os residentes, assente na prática do empoderamento, será essencial para que estes consigam garantir a sua autonomia e o modo como pretendem organizar o seu dia-a-dia.

O diagnóstico social evidencia o processo de internamento em lar como promotor de perda de independência e que conduz a uma rotura no que concerne às suas rotinas, caso não seja dada a possibilidade ao idoso de intervir e expressar as suas vontades e opiniões, responsabilizando-o pela gestão do seu quotidiano. Alterando as práticas vigentes que colocam em causa a autonomia, a participação e o controlo que os residentes têm sobre as suas vidas, passamos a conceber um projeto de intervenção no qual apresentamos diversos programas de ação.

O primeiro programa de ação proposto recairá sobre uma intervenção junto da direção, para que a mesma tenha uma maior consciencialização da necessidade de

participação dos utentes. A proposta que se apresenta seguidamente diz respeito à criação de um comité de residentes, possibilitando-lhes o debate de diversas questões inerentes ao funcionamento e à organização da instituição. É necessário trabalhar com os residentes para que estes assumam uma postura ativa no contexto institucional, expressando as suas opiniões, levantando sugestões para que posteriormente possam ser consideradas nas tomadas de decisão. Terá que existir uma maior proximidade entre a direção e os residentes para que estes possam apresentar as suas reclamações, sugestões e opiniões junto da direção e, desta forma, haverá uma maior sensibilidade por parte dos membros que a compõem para as reais necessidades dos residentes.

Numa fase inicial teremos de trabalhar junto da direção e dos profissionais que com ela colaboram para os sensibilizar para as reais e complexas necessidades dos anciãos. Esta intervenção refletir-se-á na promoção da participação dos utentes e dos seus familiares na definição de um plano de cuidados. Este deve ser construído para cada idoso segundo as suas características e necessidades pessoais, tendo sempre em consideração a sua opinião e os seus objetivos de vida.

Os grupos de conversa deverão ser outra das propostas a apresentar, através da criação destes ajuntamentos poderão debater-se diversas temáticas sobre vivências e experiências passadas e sobre vários temas da vida do lar. Assim, os residentes poderão expressar a sua opinião, trocar ideias e discutir assuntos relativos ao quotidiano da instituição.

A participação do idoso na definição do plano de atividades deverá ser o último ponto de intervenção. Os residentes deverão ter uma participação ativa na elaboração do plano de atividades de animação sociocultural, deixando de ser meros utilizadores e tomarem decisões sobre aquilo que querem e que gostam de fazer. Este plano deve ser elaborado com base nos gostos e interesses dos idosos para que eles os desenvolvam com prazer.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Realidades institucionais

1.1. Estrutura residencial para pessoas idosas

O envelhecimento da população conduz a uma diversidade de responsabilidades de cariz social, nomeadamente no apoio e na prestação de cuidados ao idoso, na criação de serviços de saúde, na promoção do bem-estar e da qualidade de vida, entre outros. Contudo nem a sociedade nem as famílias se encontram preparadas para tal realidade. As transformações que se verificaram nas estruturas familiares originaram um verdadeiro problema em torno desta situação. A predominância de famílias nucleares, a distância geográfica e o trabalho assalariado condicionaram o apoio e os cuidados aos idosos.

Há algumas décadas verificava-se nas famílias a responsabilidade no cuidado para com os mais velhos, contudo com as alterações sociais a que se tem vindo a assistir – a integração da mulher no mercado de trabalho, a predominância de famílias monoparentais, o trabalho assalariado, a distância geográfica, as baixas reformas versus elevados custos de vida - levou a que o Estado, através das IPSS ou as instituições de cariz privado assumam a responsabilidade no que diz respeito ao cuidado da pessoa idosa.

O progressivo desenvolvimento de respostas sociais para as pessoas mais velhas tem adquirido bastante destaque, dado que o número de idosos e as situações de dependência têm aumentado expressivamente¹. Tais situações veem-se agravadas pelas carências ao nível do apoio social, principalmente familiar e pela ausência ou insuficiência de recursos económicos.

A estrutura residencial para pessoas idosas é uma das respostas sociais onde se verifica um acentuado crescimento da procura. É desenvolvida em equipamento, destinada a pessoas idosas ou outras que se encontrem dependentes, implica a frequência em alojamento coletivo, podendo ser de forma temporária ou permanente. Neste tipo de organização é suposto prestar-se todos os serviços de apoio à realização das AVD, de saúde, psicossocial e de animação sociocultural. Embora seja evidente o

¹ Segundo os dados disponibilizados pelo PORDATA, o índice de dependência de idosos tem vindo a desenvolver-se gradualmente. No ano de 2001 o índice de dependência de idosos era de 24.4% aumentando significativamente para os 29.9% em 2013. O facto de a longevidade aumentar faz com que as situações de dependência também se acentuem.

apoio que este tipo de resposta pode proporcionar ao idoso, não podemos menosprezar as roturas que decorrem da integração no lar. Embora sejam muitos os benefícios e o bem-estar que este tipo de instituições proporciona, também são evidentes os aspetos negativos que lhe estão associados. A perceção negativista que com eles está relacionada resulta da forma como estes se organizam e das restrições que impõem, pois os seus utilizadores veem o seu quotidiano frequentemente condicionado pelos horários, pelas regras institucionais e pela vivência fechada que lhes está inerente.

O funcionamento e forma como as estruturas residenciais para pessoas idosas se organizam são semelhantes àquilo que Goffman (1961) designa de instituições totais. Este autor define o conceito de instituição totalitária considerando que a partir do momento em que o indivíduo é institucionalizado perde a sua liberdade e autonomia pois vê o seu dia-a-dia regulado por regras que condicionam as suas ações e vontades. As instituições totalitárias originam uma perda da noção da realidade vivenciada no exterior, colocando em causa a perda de identidade do próprio indivíduo. O facto de o idoso integrar uma estrutura residencial implica que saia do seu ambiente habitacional e da comunidade em que se encontrava, a vida fechada a que o sujeito se encontra submetido resulta na perda do contacto e até mesmo da noção da realidade existente no exterior.

Segundo a Portaria 67/2012 emitida pelo Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, os objetivos dos lares para pessoas idosas passam pela promoção da qualidade de vida, melhorando os seus problemas de índole social e de saúde, respondendo de forma adequada às suas necessidades, contribuindo assim para o estímulo ao envelhecimento ativo. A realidade encontra-se desprovida deste ideal traçado pelo Ministério da Solidariedade Social, porque muitas instituições que prestam apoio aos idosos limitam-se a trabalhar para o idoso e não com o idoso. Talvez por este motivo, este tipo de resposta social é considerado o último recurso, dado que implica uma rotura com hábitos, rotinas e com o próprio ambiente físico e social no qual a pessoa se insere.

De acordo com a Carta Social é perceptível uma elevada procura de residências e lares de terceira idade, sendo que a ocupação atinge cerca de 90.1%. Relativamente à idade a maior parte dos residentes que se encontram institucionalizados têm idade superior a 53 anos. O sexo feminino representa uma percentagem bastante mais elevada

de frequência deste tipo de resposta social. O facto de as mulheres apresentarem uma maior esperança média de vida faz com que também representem um número significativo no que respeita à procura deste género de resposta social.

Dado que a procura deste tipo de apoio social é tão significativa e com tendência a aumentar devido ao aumento da esperança média de vida, talvez seja altura de repensar o modo como se organizam e como trabalham estas entidades.

Rossel e Rico (2004) considera que é importante criar residências dignas que cuidem do idoso pois, frequentemente as famílias não conseguem satisfazer adequadamente as suas necessidades.

A residência pode ser uma opção viável quando a família julga que através desta via o idoso poderá auferir de uma melhor qualidade de vida. Porém é importante referenciar que o conceito qualidade de vida não se limita à satisfação das necessidades que permitem manter a vida biológica.

1.2. Aspetos históricos dos lares de idosos

A preocupação com as necessidades sociais acompanhou, desde sempre, as populações sendo estas asseguradas durante muito tempo por entidades religiosas, militares ou pela boa vontade de pessoas com maior capital económico.

O assistencialismo emergiu em Portugal sob a influência do modelo liberal originando uma transformação da sociedade. (Jacob, 2002) Os problemas de ordem social foram emergindo e com eles surgiu uma consciencialização para as dificuldades sociais que iam despontando, o que levou a população a responsabilizar a própria sociedade e o Estado, de modo a que dessem resposta às suas ditas necessidades.

Após a revolução de 25 de Abril, as mudanças políticas decretaram também alterações no que diz respeito aos direitos das Misericórdias, retirando-lhe algum do poder que exerciam junto do Estado e dos hospitais. Ajudar social e espiritualmente quem necessita foi a forma encontrada para resistirem a estas mudanças, abandonando o papel que exerciam ao nível da saúde. A partir de 1975 foi-se assistindo à implementação de um Estado Providência no qual a proteção e apoio social passaram a ser um pilar da sua intervenção.

A responsabilidade social assumida pelo Estado foi-se consolidando e desenvolvendo e, em 1976, surgiram as Instituições Particulares de Solidariedade Social que iriam contribuir para a concretização dos objetivos do sistema de segurança social de modo a conseguir atuar em sectores nos quais o Estado, por si só, não conseguiria intervir. Assim, as Misericórdias e os Centros Sociais foram desenvolvendo novas formas de intervenção e práticas sociais, produzindo um impacto direto na resolução dos problemas sociais. (Jacob, 2002)

Nesta altura, com a renovação das políticas sociais, criaram-se instituições de apoio aos idosos com o objetivo de prevenir situações de dependência e evitar situações de exclusão social. Podemos distinguir dois tipos de resposta destinados ao apoio a idosos, as que implicam a institucionalização – como é o caso dos lares de idosos e das residências – e aquelas que procuram apoiar e criar condições para que o sénior possa permanecer na sua habitação.

Iremos focar-nos nos lares de idosos dado que é esta a vertente que pretendemos estudar e intervir. Esta foi a primeira resposta social no apoio aos idosos porém, até meio do século XX, estes eram denominados de asilos ou hospícios e estas instituições destinavam-se não só a idosos como aos mendigos. (Fernandes, 1997)

Estas organizações delimitavam regras de acordo com os seus objetivos, não tendo em conta as pessoas que as frequentavam ou que lá permaneciam, o conceito e as características das instituições totais definidas por Goffman (1961), prevaleciam por esta altura. Só no final do século XX, procedeu-se a uma reforma no que concerne aos cuidados, sobressaindo a importância da tomada de decisão por parte dos residentes no que respeita aos cuidados exercidos sobre o mesmo (Chappel, 2001). Tal facto começou a ser percecionado como indicador de qualidade de vida. No entanto, apesar da evolução demonstrada, ainda hoje permanece este tipo de funcionamento em muitas instituições.

De acordo com o despacho normativo 12/98 de 25 de Fevereiro, a definição de lar de idosos é mais ampla e multidimensional, trata-se de um

[...] estabelecimento em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos residentes.

A evolução desta resposta social deu origem a um serviço mais adequado e adaptado às reais necessidades dos seus utilizadores.

1.3. As estruturas residenciais: uma resposta social de alojamento coletivo para idosos

Verifica-se atualmente uma maior consciencialização por parte da sociedade para a necessidade da criação de políticas e respostas sociais que auxiliem as famílias, que necessitam de apoio no cuidado aos seus idosos.

De acordo com o Relatório Social de 2013 da Carta Social, entre 2000 e 2013 assistiu-se a um crescimento de 55% no que compete à criação de lares e residências para idosos. Se, por um lado é evidente o progressivo aumento da oferta deste tipo de serviços, por outro também é certa a elevada procura por parte dos idosos e dos seus familiares que se veem obrigados a recorrer a este tipo de equipamentos sociais. São vários os motivos que impedem que os idosos possam permanecer nas suas casas ou nas dos seus familiares, sobretudo numa fase em que o seu nível de dependência na realização das atividades básicas de vida diária é mais elevado.

Numa fase inicial o cuidado dos idosos no contexto familiar centra-se na preservação e promoção da saúde. Porém é necessário ter o real conhecimento acerca do modo como se deve agir perante situações de incapacidade, e é nesse momento que as famílias se veem obrigadas a recorrer a respostas sociais. Zimerman (2000) considera que as instituições para idosos são um mal necessário para dar resposta aos problemas emergentes do envelhecimento.

Muitos idosos e famílias veem a institucionalização como a solução para os seus problemas. Contudo, a prioridade devia ser sempre a preservação do sénior no seu meio habitacional, familiar e social. As suas rotinas e relações sociais devem ser preservadas e a opção mais adequada em termos de equipamentos sociais é aquela que assenta na prevalência das suas rotinas e das suas relações sociais e familiares. A sua continuidade permitirá ao idoso assegurar a sua autonomia e acima de tudo a sua identidade, uma vez que se encontra junto de tudo o que atribui um sentido à sua vida. Deste modo, defende-se atualmente que os idosos devem ser auxiliados por serviços de apoio domiciliários, para que eles possam permanecer mais tempo integrados no seu quadro de vida: na sua habitação e na sua comunidade local. Defende-se que o idoso deve permanecer no seio

familiar e/ou habitacional evitando a sua permanência numa instituição de alojamento coletivo.

Não podemos esquecer que as estruturas residenciais são ainda instituições muito fechadas, onde os idosos sofrem um corte com o mundo exterior em que se encontravam inseridos até ao momento da sua integração. Este corte com o mundo exterior representa para os seniores uma perda de papéis sociais e tem um efeito negativo na sua definição identitária. A permanência dos idosos neste tipo de equipamento faz com que a sua identidade seja colocada em causa.

A este respeito citamos Goffman (1961) que trabalhou o conceito de instituições totais. Se é certo que não podemos considerar os lares de idosos como instituições totais, eles apresentam, no entanto, algumas das características que o autor identificou para as instituições totais. Mobilizando o conceito de Goffman (1961), podemos considerar a existência de algumas características presentes nas instituições totalitárias: a vida do indivíduo desenvolve-se sempre no mesmo local e sob a mesma autoridade; a rotina diária é desenvolvida sem ter em conta a diversidade dos indivíduos que a instituição acolhe. Há ainda limitações na transmissão de informação aos utilizadores; o desenvolvimento das atividades decorre segundo regulamentos pré-estabelecidos, sendo os utentes vigiados e fiscalizados por agentes responsáveis cumprimento dos mesmos; todos os indivíduos são tratados da mesma forma; todas as ações desenvolvidas na instituição encontram-se previamente programadas de acordo com os objetivos da organização e, por último, o desenvolvimento das diversas tarefas decorre de acordo com os horários e um sistema de regras.

Embora as ideias de Goffman (1961) já tenham sido desenvolvidas há algumas décadas, a realidade por ele descrita continua atual no que respeita ao funcionamento de instituições contemporâneas como as estruturas residenciais. Estas continuam com uma conotação negativa pelo facto de implicarem uma rotura com as diversas vertentes da vida do indivíduo que nelas entra e permanece, isolando-o da realidade do mundo exterior. Com o decorrer do tempo assiste-se a um enfraquecimento das relações sociais que os idosos tinham no exterior da instituição, o que acarreta graves consequências na definição identitária do utente, que fica fragilizada.

1.4. Causas e consequências da institucionalização

A institucionalização pode ser uma hipótese viável para que seja possível vivenciar uma velhice associada ao bem-estar e à qualidade de vida. Segundo Jacob (2002) fala-se em institucionalização quando a pessoa, por algum motivo, permanece durante o dia, ou parte dele, numa instituição. As instituições de longa permanência, vulgarmente conhecidas por lar de idosos tornam-se amiúde uma hipótese viável para a satisfação das necessidades do idoso, quando a família não tem possibilidades para o fazer.

Rossel e Rico (2004) considera que é importante criar residências dignas que cuidem do sénior, já que, frequentemente, as famílias não conseguem satisfazer tais necessidades. A residência pode ser uma opção exequível quando a família julga que, através desta via, o ancião poderá auferir de melhores cuidados.

Assiste-se, no presente, à criação de estruturas residenciais que permitam fornecer serviços mais satisfatórios, de forma a responder positivamente às necessidades dos idosos – a qualidade dos serviços passa a ser uma variável importante no momento da escolha da instituição a integrar. Contudo, as necessidades dos idosos não se restringem a necessidades básicas de cariz fisiológico, como julgam muitas instituições, tornando-se fundamental fazer referência à pirâmide de Maslow para retratar todo o tipo de necessidades que todos os indivíduos apresentam.

O autor supracitado definiu um conjunto de necessidades que organizou hierarquicamente através de uma pirâmide. Na base encontram-se as necessidades de cariz fisiológico, nas quais se encontram os requisitos essenciais à sobrevivência do ser humano. As necessidades de segurança aparecem seguidamente, nomeadamente a segurança pessoal e financeira, entre outras. As necessidades sociais aparecem em terceiro plano e dizem respeito ao sentimento de pertença, às relações com amigos e familiares, e à comunicação. Posteriormente são apontadas as necessidades de estima que se refletem na autoestima, autorrespeito, e, por último, encontram-se as necessidades de autorrealização, que são as mais difíceis de alcançar, referindo-se ao potencial máximo da pessoa e à consciência desse mesmo potencial. Estas têm de ser respeitadas e satisfeitas e quando o indivíduo, nomeadamente os mais velhos, não as conseguem satisfazer, deverão promover-se meios que apoiem e assegurem a satisfação das mesmas.

Com base no modelo desenvolvido por autor supracitado, podemos dizer que as necessidades dos idosos vão muito além das atividades básicas de vida diária, Fontaine (2000) considera que a participação social é essencial ao idoso. A prática de atividades produtivas e o relacionamento com os outros é fundamental para o bem-estar e para a qualidade de vida do sénior: a socialização e o sentimento de pertença são necessidades inatas ao ser humano.

Quando aludimos às necessidades dos idosos, necessitamos referenciar a importância atribuída ao estímulo no que respeita à participação em tarefas socialmente úteis e que, paralelamente, impliquem a aprendizagem e o desenvolvimento de novas competências. Desta forma os idosos encontram motivação e traçam objetivos para a sua vida, verificando-se com mais frequência que quando os idosos têm autonomia e controlo sobre as atividades que desenvolvem, sobretudo quando têm esse poder e controlo sobre as suas próprias vidas, mais ativos se revelam. (Guedes, 2008)

As necessidades anteriormente mencionadas devem ser satisfeitas independentemente do contexto em que os próprios se encontrem, mesmo quando nos deparamos com situações de institucionalização.

Após a análise de vários estudos, Levenson (2001) apresentou uma série de fatores associados à institucionalização, nomeadamente, a viuvez, a idade, as doenças e, consequentemente, a dependência que delas advém, não podendo deixar de sobressair a falta de apoio informal e/ou de retaguarda familiar. Tais fatores originam um problema social que se reflete na falta de cuidados aos mais velhos, que se encontram deparados com situações de isolamento social e que se acentuam pelo aumento de uma população envelhecida e pelas alterações verificadas nas estruturas familiares.

Para Paúl (2005) a institucionalização decorre da conjugação das diversas causas, não sendo apenas um dos fatores a contribuir para esta realidade; as questões de saúde e os recursos económicos são condições influentes. As causas da institucionalização são inúmeras e o recurso a este tipo de resposta social não decorre apenas de uma causa. São incalculáveis os motivos que levam os idosos a integrar uma estrutura residencial, no entanto o momento da integração nem sempre é fácil de aceitar, uma vez que acarreta sentimentos de saudade e, por vezes, de perda por deixar a sua casa, os seus bens, os seus familiares, vizinhos ou amigos.

O facto do idoso nem sempre ter oportunidade para escolher a instituição aonde pretende recolher, devido aos elevados custos de algumas, pode ser uma condicionante negativa da sua integração no lar. (Paúl, 1997)

Independentemente do motivo que originou a integração do idoso numa instituição é importante compreender que este se encontra a passar por uma fase difícil, dado que houve um corte com as suas rotinas e com o meio em que se encontrava. A saída de casa coloca em causa diversas questões, nomeadamente a autonomia, a independência e os hábitos. Zimmerman (2000, p.96) afirma que o idoso

[...] ao mudar-se para a instituição, terá que se habituar a um novo esquema, a uma rotina diferente, com pessoas diferentes e horários pré-estabelecidos para comer, dormir, tomar banho, etc., geralmente de acordo com as conveniências da casa e não com as dele.

Efetivamente, na maioria das instituições, esta é a realidade. Contudo, tal não se deve generalizar, uma vez que se assiste cada vez mais a uma adaptação das instituições às necessidades dos seus utilizadores. “Há instituições muito boas, tanto do ponto de vista do conforto quanto da afetividade.” (Zimmerman, ibidem, p. 95)

As consequências da institucionalização são, na maioria das situações, negativas para os idosos, já que representam roturas com o meio externo, com as redes sociais (família, vizinhos, amigos) e com os hábitos e rotinas. Pimentel (2001) considera que a integração do idoso numa estrutura residencial poderá conduzir a perdas de autonomia, de controlo sobre a sua própria vida, colocando em causa questões como a intimidade e privacidade, as relações sociais e perdas de contacto com o mundo exterior.

As suas próprias rotinas diárias também poderão ser submetidas a algumas alterações, resultantes das regras e dos horários ditados pela direção e pelos funcionários da instituição. O poder de decisão e a vontade dos idosos também se vê condicionada pelos regulamentos que se encontram em vigor no estabelecimento.

Nos lares, alguns dos efeitos da sua regulamentação podem impedir os indivíduos de organizarem as atividades mais triviais de acordo com a sua vontade, limitando-os em termos de autonomia de ação. Entre outras situações, impõem-se horas de refeições, de dormir, de aceder à residência, de realizar atividades de ócio e TV, de saídas...[...] (Guedes, 2012, p.39)

A forma como o idoso conhece e é acolhido na instituição nem sempre potencia a sua integração. Se este procurou conhecer diversas instituições, se se deslocou à mesma por livre vontade, se conhece pessoas que também optaram por esta via,

possivelmente este indivíduo beneficiará grandemente nesta transição de vida. Caso seja bem planeada, a mudança para um lar de idosos poderá ocorrer de forma natural, evitando roturas bruscas e repentinas. Esta alteração poderá até significar uma melhoria da qualidade de vida do sénior, quando nos referimos ao combate a situações de isolamento, à promoção e manutenção da saúde, ao desenvolvimento de movimentos que possivelmente estariam comprometidos, caso o idoso se mantivesse na sua habitação. A institucionalização poderá ser uma fonte de bem-estar para a pessoa idosa, não só a nível da prestação de cuidados básicos, mas também no desenvolvimento de redes sociais, no sentimento de pertença e na definição de novos objetivos de vida, tal como nos refere Pimentel (2001, p.206): “consideram que é uma alternativa que lhes garante alguma estabilidade, pois sabem que têm apoio em qualquer circunstância, sentindo-se mais seguros e protegidos”

As relações sociais, particularmente as familiares não deveriam ser afetadas. As portas deveriam encontrar-se abertas por parte das instituições, criando condições para que os idosos mantivessem um contacto próximo com os seus familiares e permitindo-lhes sair e contactar com os seus entes queridos e com o contexto de vida no qual se encontrava até ao momento da institucionalização.

Todavia, o sucesso da institucionalização dependerá sobretudo de múltiplos fatores de entre os quais a capacidade do idoso se tornar o protagonista no seu processo de integração e na estruturação do seu dia-a-dia e na mudança de mentalidade das instituições. Estas devem encarar o idoso como um parceiro na tomada de decisões, tendo sempre em conta os seus desejos, objetivos e ambições.

Este projeto vai precisamente ao encontro da ideia anteriormente mencionada, é necessário dar poder ao idoso para que este possa assumir um papel ativo na definição do seu quotidiano, preservando ao máximo os seus desejos, hábitos, gostos, valores e objetivos. Para tal, é necessário criar ou mudar a forma de atuação das instituições, tornando-as mais flexíveis e mais adequadas às reais necessidades e às especificidades dos idosos.

Se houver a preocupação em criar equipamentos estruturados de acordo com as necessidades dos seus residentes, que respeitem a sua forma de estar na vida, a sua personalidade e individualidade e lhes proporcionem espaços de realização pessoal, talvez a institucionalização se torne menos penosa e angustiante. (Pimentel, 2001, p.234)

Para possibilitar um processo de institucionalização positivo é necessário trabalhar junto do residente e da sua família para que este se integre e adapte à sua nova realidade. É também crucial trabalhar com os gestores e com os profissionais das instituições para que eles criem condições que viabilizem o controlo dos utentes sobre a sua vida e a ter o domínio sobre os diversos aspetos da vida da instituição.

As estruturas residenciais devem assegurar a conservação da identidade pessoal, assegurando o respeito pelos gostos, valores e rotinas que o seu utente mantinha até à institucionalização. Os horários e as regras devem ser flexíveis para que o idoso institucionalizado possa gerir e decidir acerca da forma como é organizado o seu próprio quotidiano e o quotidiano da instituição. A autonomia do idoso deve ser trabalhada juntamente com os gestores e profissionais para que este possa ter uma palavra a dizer e não se encontre submetido a novas rotinas e condicionalismos. A privacidade, a intimidade, o sentimento de utilidade social, o sentimento de pertença e as relações sociais têm de estar asseguradas, para evitar quebras e para que seja preservada a identidade de cada indivíduo.

Fernández-Ballesteros (2009) defende que o idoso deve ter controlo sobre a sua própria existência para que atinja condições psicológicas que lhe permitam ter qualidade de vida enquadrada num envelhecimento ativo e bem-sucedido.

Quando se trata de uma institucionalização pensada e devidamente estruturada, são visíveis as vantagens que o indivíduo alcança. Para além dos aspetos positivos que foram sendo mencionados, é necessário ressaltar o apoio que a pessoa terá por parte dos diversos profissionais no sentido de criar novos objetivos de vida e de explorar novas vivências que, possivelmente, ainda não tinha experienciado até ao momento e que vão ao encontro dos seus gostos e interesses.

1.5. Integração e vivência nas estruturas residenciais

Quando falamos em estruturas residenciais existe plena consciência da sua natureza. A perceção que se desenvolve em torno das mesmas é, *a priori*, negativa precisamente pelo que foi anteriormente exposto. Embora possam existir organizações mais flexíveis, existe plena consciência da necessidade de se estabelecer regras para que

exista um funcionamento harmonioso. Todavia, tal facto é uma condicionante à liberdade do indivíduo.

O simples facto de não existir uma opção de escolha do seu espaço privado nem da pessoa com o qual o vai partilhar, no momento da chegada à instituição, põe em causa a sua liberdade, a sua autonomia e o seu conforto psicológico.

A integração do idoso deve ser preferencialmente trabalhada, entre os profissionais, o idoso e a sua família. É importante desenvolver a relação entre estes três pilares de forma a conhecer e adaptar a instituição à personalidade e às necessidades e expectativas do novo residente. O cuidador deve identificar as necessidades físicas e psíquicas do residente e avaliar as suas capacidades e expectativas para que possa prestar o cuidado necessário, individualizado, estimulador, de modo a que o idoso seja autónomo na realização das suas tarefas básicas e instrumentais de vida pois, “(...) o acto de envelhecer, não implica necessariamente, uma ruptura com os hábitos de vida nem uma alteração radical ao nível das necessidades”. (Pimentel, 2001, p.233)

Deve existir uma especial atenção no que diz respeito à humanização e sobretudo à personalização dos cuidados. Para prestar um serviço ao outro, é necessário conhecer bem a pessoa, a sua história de vida, as suas limitações e faculdades, as suas emoções, pois além de cuidar do corpo do residente é indispensável cuidar do seu bem-estar psíquico. O cuidador formal, particularmente aquele que se encontra na instituição, deve estar consciencializado para estas questões, recorrendo a informações e formações sobre o envelhecimento e sobre assuntos relacionados com a geriatria - “Esta é uma das questões básicas para promover a humanização dos serviços” (Pimentel, 2001, p. 233). É essencial que o profissional geriátrico obtenha uma formação adequada e que consiga colocar-se na posição do outro respeitando os seus valores e a sua história. Cada sujeito tem a sua personalidade, bem como características específicas que fazem com que a integração de cada idoso ocorra de forma única, não devendo, de forma alguma, ser generalizada.

A fase da integração é o suporte para toda a intervenção que se irá proceder ao longo do processo da institucionalização. Garcia e Jiménez (2003, citado por Ribeirinho, 2013, p.184) refere que a intervenção “desenvolve-se através de um processo contínuo, coerente, lógico, racional, flexível, dinâmico, crítico e dialético, onde a ação do profissional se realiza através de etapas inter-relacionadas”.

A afirmação anteriormente apresentada enfatiza a premência dos profissionais e das instituições se adaptarem ao indivíduo com o qual se deparam, desmistificando a ideia da necessidade de adaptação do indivíduo à instituição e à sua nova realidade.

Emerge, nesta conjuntura a questão da identidade e da personalidade do idoso. De acordo com Viegas e Gomes (2007, p.17): “A identidade descreve o modo como nos vemos através dos outros e como imaginamos por eles vistos”. A mesma encontra-se associada à singularidade e à totalidade, definindo o sujeito e/ou o grupo bem como os comportamentos que lhe são inerentes. É imprescindível ter em consideração estes dois conceitos para que possam ser desenvolvidos mecanismos que contribuam para a sua preservação. O levantamento de informações através de uma avaliação multidimensional é imprescindível para que, posteriormente se possa definir um plano de integração e intervenção que permita a promoção da autonomia, otimizando e disponibilizando recursos para que se alcancem e definam novos objetivos e trajetórias de vida.

Numa primeira fase é fundamental que se estabeleça uma empatia entre o idoso e os profissionais, dado que é uma condição essencial para uma intervenção adequada. Deve proceder-se a um levantamento de dados de cariz social, clínico, funcional e mental. Esta avaliação multidisciplinar permitirá traçar um diagnóstico mais completo, prevenindo males-estares ou situações de risco, adequando as intervenções e a aplicação de medidas sociais, assegurando, desta forma, a manutenção e/ou promoção da qualidade de vida e um melhor acompanhamento do residente.

O conceito de personalidade encontra-se estritamente associado à singularidade que define os pensamentos e comportamentos individuais. Embora sejam algo particular, a identidade e a personalidade são resultado da socialização.

Verifica-se frequentemente a preocupação em conseguir preservar o bem-estar físico do idoso no contexto institucional. Todavia, a questão identitária fica relegada para segundo plano devido aos modelos de institucionalização. Quando se fala no termo identidade, remete-se para os conceitos individualidade e personalidade, algo que distingue cada pessoa como um ser único e original, indo de encontro aos dizeres de Santos e Encarnação (1998) que consideram que o individualismo permite emergir o sujeito enquanto ser autónomo. Na ótica destes autores, através da responsabilização e

da emancipação o indivíduo é capaz de se diferenciar dos outros sujeitos, ainda que a sua forma de pensar e de atuar tenha como base qualidades socialmente instruídas e valorizadas. Ainda que formemos a nossa personalidade através de princípios, valores e formas de estar que adquirimos através da socialização, cada pessoa interioriza essa informação e procede de forma diferenciada.

Para que se possa proceder a uma intervenção personalizada, existe, na receção do idoso, uma necessidade de o conhecer nas suas diversas variantes, a sua história, os seus gostos, necessidades e expectativas, respeitando a sua personalidade e individualidade.

[...] é respeitar a pessoa como ser humano único, por inteiro [...] É respeitar a pessoa nos seus gostos, necessidades, desejos, na sua história de vida e nos seus hábitos, no direito à sua intimidade (o seu corpo, os seus objetos pessoais...), a fazer escolhas e a tomar decisões livres e conscientes, no direito a ser ajudada a melhorar ou a manter a sua autonomia, e o seu desejo de se superar, de bem-estar, de uma melhor qualidade de vida. (Instituto Gineste-Marescotti, 2012)

O idoso deve ser respeitado e aceite como um ser único, para que a sua identidade possa estar assegurada, caso contrário esta será fragmentada, subordinada e menosprezada. Santos e Encarnação (1998) dão enfoque a esta problemática ao apontarem que após a sua institucionalização, o sénior sente-se descontextualizado e entregue a si próprio, sentindo-se fragilizado, inseguro e ansioso na sua nova realidade.

A relevância de criar um plano de acolhimento na qual é dado a conhecer todo o espaço físico institucional, os residentes, colaboradores e normas institucionais, não podem ser esquecidas. O conhecimento acerca da pessoa com a qual nos deparamos é essencial para traçarmos, juntamente com a sua colaboração, bem como da sua família, sempre que possível, o plano de intervenção. É necessário que o profissional com o qual tem o primeiro contato (normalmente é a/o assistente social ou diretor(a) técnico) também se dê a conhecer, de forma a criar empatia, transmitindo um impacto positivo e estabelecendo assim uma relação de proximidade e confiança. O idoso deve ficar com a perceção de que é uma pessoa à qual pode recorrer sempre que assim o entenda e necessite – uma pessoa de referência-; o mesmo deve acontecer em relação aos familiares.

Este é, sem dúvida, um processo bastante complexo e trabalhoso, mas será um meio para desmistificar o entendimento que existe acerca dos lares de idosos, anulando ideias

como esta apresentada por Vieira (2003) que entende a institucionalização como um problema que afeta os idosos pois condiciona-os no exercício de cidadania, uma vez que o seu quotidiano se encontra condicionado por normas e regulamentos que, muitas vezes, comprometem a sua autonomia e individualidade.

Os fatores anteriormente mencionados resultam de imposições de uma organização fechada à comunidade e ao exterior, posição frequentemente assumida pelas instituições. As regras rígidas e intransigíveis são também posturas comumente assumidas para tornar mais fácil o trabalho desenvolvido junto dos idosos. As normas definidas pela direção têm em vista uma gestão de recursos, não só económicos como humanos.

De uma forma global, a sociedade continua a percecionar as estruturas residenciais de forma depreciativa, associando-as ao fim de vida e à perda de liberdade. Também Pimentel (2001) julga que a maioria das instituições de acolhimento para pessoas idosas não se encontram habilitadas para prestar serviços individualizados que respeitem a personalidade, privacidade e os diversos modos de vida. Há uma tendência bastante visível para a homogeneização que é atribuída aos mais velhos, verificando-se uma disposição para a generalização dos cuidados. No entanto, são visíveis as alterações que se têm vindo a assistir no que compete à melhoria dos serviços. As instituições adaptam-se às necessidades dos seus utilizadores, prestando serviços individualizados, contribuindo, desta forma, para um envelhecimento saudável e bem-sucedido.

O processo de institucionalização é longo e difícil para o idoso mas, paralelamente, pode ser uma mais-valia para a promoção do seu bem-estar. Após o período de adaptação, começam a estabelecer-se relações sociais com os residentes e com os profissionais, porém é importante que se mantenham as relações que estavam estabelecidas até ao momento, principalmente com os familiares. Guedes refere que se assiste a uma

[...] redução generalizada nos contactos estabelecidos com a família, vizinhos e amigos anteriores. Por motivos variados, como o distanciamento geográfico, o estado civil, a fragilidade que já caracterizava esse relacionamento antes da entrada ou quebra dos deveres de reciprocidade geracional, colocando em causa a garantia da prestação de cuidados que alguns idosos davam como certa, o estabelecimento dessas relações, que outrora constituíram a base da identidade dos indivíduos, vai diminuindo. (Guedes, 2008, p.342)

Mesmo estabelecendo novas relações no contexto institucional é importante motivar as famílias para que estas participem no desenvolvimento de ações realizadas no lar, que acompanhem e mantenham o contacto próximo com o seu familiar. Deve haver um estímulo para que a família participe, juntamente com o idoso, na tomada de decisões e nas tarefas desenvolvidas,

Deve haver um esforço por parte das famílias e da instituição para que não exista uma rotura com as vivências do sénior, existindo um apoio constante por parte dos elementos anteriormente mencionados e sobretudo uma flexibilização por parte da instituição para que o idoso não se sinta condicionado na forma como decorre o seu quotidiano.

Habitualmente, quando o idoso entra para uma instituição, depara-se com uma realidade completamente diferente. Perde parte da sua autonomia e independência, encontrando-se completamente limitado por regras e horários pré-estabelecidos. Caso as estruturas residenciais não sejam flexíveis e adaptadas à diversidade e à individualidade de cada utilizador, poderá verificar-se uma ameaça à identidade pessoal do residente. Como tal não se verifica em grande parte das estruturas residenciais, “(...) o papel do indivíduo passa a ser definido segundo a perceção que a instituição tem acerca dos seus utilizadores, utilizadores estes que se devem adaptar e conformar com a nova situação com a qual se deparam”. (Fischer, 1994, p. 142)

Perante os acontecimentos supramencionados a situação do idoso torna-se mais difícil pelo facto de não beneficiar da existência de fortes relacionamentos com as pessoas com quem partilha o seu espaço, por ver a sua intimidade e privacidade condicionada e de estar submetido a regras e horários, que podem colocar em causa a afirmação de cada indivíduo, ao invés de respeitar o sujeito nas suas diversas formas de estar.

As atividades regulares são rotineiras, empobrecidas, sem apelo à criatividade, a novas oportunidades ou aprendizagens [...] O dia-a-dia é, apesar de tudo, intercalado com algumas atividades de carácter pontual que, pela sua novidade e interesse, mobilizam mais os idosos. Entendemos que estimular os idosos para atividades socialmente úteis, que promovam experiências de carácter social, cultural, lúdico poderia ser uma forma de motivar os idosos para a vida, superar alguns dos sentimentos de vazio e elevar a sua identidade. (Guedes, 2008, p. 344-345)

O sociólogo Gubrium (1997) desenvolveu um estudo com o intuito de descrever o quotidiano dos idosos institucionalizados. Através da observação e do diálogo com os utentes e suas famílias apurou-se a existência de uma rotina no que diz respeito aos hábitos dos idosos, e é esta a realidade que apuramos em grande maioria das estruturas residenciais. O seu quotidiano desenvolve-se em torno da satisfação de necessidades básicas de vida diária, nomeadamente a alimentação e a higiene.

Segundo o autor supramencionado, as atividades realizadas diariamente no lar incidem sobre comer, ver, andar, dormir, falar, participar em cerimónias religiosas e pontualmente em atividades relacionadas com terapias. Estas são rotineiras e básicas, não se desenvolvendo qualquer dinamismo que estimule e que permita traçar novos objetivos e não permitem ao idoso sugerir ou opinar acerca das mesmas, sujeitando-se àquilo que lhe é implementado. Para além disso, a institucionalização é um processo complexo, com tendência a condicionar as relações sociais que mantêm no exterior, podendo conduzir à perda de interesse pela vida. Como tal, é necessário estimular os idosos para que possam continuar a aproveitar as oportunidades para o desenvolvimento pessoal e para que tenham uma vida digna e com qualidade, no contexto de lar.

2. Processos de mudança e transformação organizacional

2.1. *Empowerment*

A qualidade de vida dos idosos que se encontram institucionalizados pode ser assegurada desde que se preserve e promova a sua autonomia, a sua personalidade, dignidade, privacidade, conforto, segurança, o seu bem-estar espiritual e o desenvolvimento de atividades de ocupação de tempos livres que, de alguma forma, estimulem a sua capacidade funcional e cognitiva.

O desenvolvimento de uma prática de *empowerment* é um dos grandes objetivos a traçar para que seja possível implementar este projeto, fundamental para que o indivíduo tenha poder de ação e para que desenvolva os conceitos anteriormente mencionados e associados à qualidade de vida.

A forma como os lares se organizam impede que os idosos tenham controlo sobre a sua própria vida. O facto de não terem possibilidade de tomar uma decisão origina uma perda de sentimento de poder pessoal, alguns autores consideram que as

escolhas são substituídas pelas rotinas, já que os residentes não decidem as horas das refeições, o aumento do tempo, o horário do banho, os menus, as atividades de lazer, os companheiros de quarto. Tal realidade coloca em causa a personalidade do indivíduo.

Numa primeira fase podemos ressaltar o papel que o assistente social ou o gerontólogo tem enquanto mediador entre o idoso, a família, a instituição, os profissionais e a sociedade. Este é normalmente um impulsionador para a promoção do *empowerment* e, obviamente, a sua intervenção só fará sentido enquadrada numa equipa multidisciplinar. Assim,

A colaboração dos diferentes profissionais, médicos geriatras, psicólogos, neurologistas, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros entre outros, enriquece consideravelmente o enfoque integral e interdisciplinar que a avaliação implica para explicar ou descrever sistemas complexos como é o ser humano. (Ribeirinho, 2013, p.186)

A ideia lançada pelo autor vai ao encontro do que foi anteriormente aludido, o modo como intervimos e trabalhamos o empoderamento deve ser adequado à pessoa com que nos deparamos, aplicando-o de forma personalizada de acordo com a complexidade de cada idoso.

Primeiramente é necessário explorar o conceito de *empowerment*, que segundo Pinto

O *empowerment* não é uma coisa que se recebe, ou que se dá a alguém, uma vez que o poder também não é um objeto [...] é um processo de transformação através da ação, através do qual cada sujeito se torna verdadeiramente participante do seu destino individual e da comunidade de que faz parte, o que implica um trabalho, quer sobre si mesmo quer com os outros. (Pinto, 2013, p.51)

O desenvolvimento deste conceito é essencial no projeto em causa, pois é um marco essencial à participação do idoso em diversas vertentes.

Fazenda (sd) defende que a intenção do *empowerment* é o reforço de direitos e de participação de grupos, pessoas ou populações sujeitos a discriminação e exclusão, e por outro lado, fiscalizar os poderes estatais e os grandes interesses económicos, e lutar contra a opressão. Pretende favorecer a efetiva participação dos cidadãos na vida social, económica, política e cultural, e uma distribuição mais equitativa dos recursos. Para atingir este objetivo tem que haver também um processo de distribuição de poder.”

Para que se assista ao empoderamento é necessária uma identificação por parte dos profissionais, nomeadamente do serviço social, das faculdades e das limitações do idoso. Ainda de acordo com a autora anteriormente mencionada, citando Pinto (2013), o conceito de *empowerment* é aplicado segundo alguns princípios, entre eles: o estabelecimento de uma parceria com base na igualdade entre os interventores, a centralização do processo nas capacidades e potencialidades do meio envolvente e no respeito pelo ritmo da pessoa e do grupo em que se encontra inserida. A *advocacy* é uma prática que se encontra associada ao conceito de empoderamento dado que assenta numa defesa dos interesses do idoso, nomeadamente na ótica da sua participação, autonomia e poder de decisão. Para além dos princípios previamente citados é necessário que todas as ações tenham por base os gostos, preferências e necessidades do idoso, incentivando-se sempre que possível a sua participação ativa na tomada de decisões.

Os técnicos devem desenvolver uma relação de proximidade, promovendo um relacionamento com base na colaboração e entreaajuda. Tal como refere Freire (1975), citado por Pinto (2013), deve-se trabalhar com o idoso e não para o idoso, mantendo uma relação horizontal. O facto do profissional se colocar nesta posição origina, por vezes, situações desafiantes, colocando em causa a neutralidade e imparcialidade para com os residentes.

O autor supracitado (ibidem) enfatiza ainda que profissionais de geriatria devem pensar numa intervenção, não só no que compete à satisfação de necessidades básicas, mas também na promoção de autonomia, no desenvolvimento de capacidades e na participação. Porém, são perceptíveis as dificuldades na implementação do empoderamento, pois tal como referem (Cox e Parsons, 1994), os esforços para potenciarem as oportunidades dos utentes tomarem decisões opõem-se às rotinas e a outras técnicas usadas pelos lares para assegurar conformidade e o seu bom funcionamento.

As sociedades modernas, as instituições e os colaboradores que cooperam com os idosos devem mudar a sua forma de atuação, pois não podem ser tratados como pessoas formatadas que se limitam a cumprir aquilo que se encontra pré-estabelecido. Eles têm de ter capacidade e liberdade de ação, de forma a continuarem a usufruir do significado da palavra viver – um viver de uma forma tão livre e autónoma quanto possível. A

promoção da participação, através do desenvolvimento da confiança e das potencialidades deste público-alvo são essenciais para que possam agir autonomamente. Para tal, é necessário o desenvolvimento de uma prática de *empowerment* junto dos idosos, o que nem sempre é fácil dada a sua multidimensionalidade.

Charpentier e Soulières (2007), citados por Carvalho (2013), consideram que existem quatro paradigmas no que concerne ao *empowerment*:

- *Empowerment* estrutural: relativo aos constrangimentos inerentes à estrutura social, ao poder dos idosos, associando-os à discriminação de que são alvo pelo facto de não se traçarem medidas políticas e sociais que colmatam tal realidade;
- *Empowerment* tecnocrático: consiste na promoção da adaptação dos indivíduos e na sua autonomia pelo maior período de tempo possível;
- *Empowerment* dos residentes e dos serviços sociais e de saúde: este é o tipo de *empowerment* que nos interessa e que iremos explorar e nos debruçar. Diz respeito à valorização da participação na definição de necessidades, no planeamento dos serviços, no poder de decisão e na parceria com os profissionais que neles trabalham;
- *Empowerment* quotidiano: é também importante no contexto que estamos a desenvolver, pois incide na interação com os outros, na definição das suas rotinas, especialmente nas instituições em que ainda prevalece uma prática rígida, onde o trabalho é desenvolvido para o utente e não com o utente.

No fundo estas quatro dimensões do *empowerment* encontram-se todas elas relacionadas, é um processo complexo que não depende apenas de uma finitude de fatores.

O conceito anteriormente referenciado não é algo que possa ser dado ou transmitido ao idoso; porém, no contexto institucional, o assistente social deve apoiá-lo para que este consiga atingir tal condição “ *a pessoa idosa tem de ser valorizada como sujeito ativo na construção do seu quotidiano e do seu projeto de vida e, como tal, as suas necessidades e preocupações devem ser valorizadas e a sua opinião ouvida e respeitada*” (Ribeirinho, 2013, p.180). Só assim é possível desenvolver-se uma prática assente no *empowerment*.

Deve promover-se tanto quanto possível autonomia para que o utilizador possa agir de acordo com as suas vontades, decidindo o que quer fazer, como e quando o quer fazer. Todavia, assiste-se a uma dificuldade acentuada quando se fala no trabalho com vista ao *empowerment* de uma população muito dependente. O facto de um indivíduo se apresentar numa situação de grande dependência física faz com que veja a sua autonomia condicionada, pois as pessoas que lhes prestam apoio desenvolvem as diversas atividades sem ter em conta a sua opinião, não lhe permitindo tomar decisões tão simples como o que irá vestir ou comer.

Neste contexto, é fundamental que as políticas e respostas sociais sejam trabalhadas de modo a promover a independência e a autonomia no processo de envelhecimento, para que a pessoa idosa responda às exigências do quotidiano, permitindo-lhe a execução das rotinas diárias (higiene pessoal, alimentação), das atividades instrumentais de vida diária (fazer compras, andar nos transportes públicos) e ainda as ações avançadas de vida diária, como o lazer e os contactos sociais.

É de extrema importância realçar a distinção entre dependência/independência² e autonomia, visto que são frequentemente confundidos. Estes conceitos encontram-se condicionados um pelo outro, mas não são sinónimos, apenas se complementam.

A autonomia diz respeito à capacidade de reger as suas regras, de opinar e decidir, associando-se à capacidade de controlar, à condição necessária para atingir determinado fim.

De forma a operacionalizar o termo (in) dependência, é fulcral a avaliação da capacidade funcional do indivíduo, pois através desta poder-se-á determinar a evolução da pessoa e a adaptação dos cuidados a ter com a mesma. Este é um procedimento desenvolvido no momento da integração de um idoso em qualquer resposta social, nomeadamente na estrutura residencial para que, posteriormente se possa traçar um plano de intervenção, juntamente com o idoso e com os seus familiares.

A utilização de instrumentos de medida é fundamental para um diagnóstico rigoroso [...] A avaliação global do idoso pretende identificar quais as dimensões da funcionalidade da pessoa que concorrem para a dependência e quais as necessidades de ajuda (formal ou informal) para suprir, de forma satisfatória, as suas necessidades humanas básicas. (Sequeira, 2010, p. 42-43)

² Dependência “é a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só realizar as atividades de vida diária.” (Decreto-Lei n.º 101, 6 de Junho de 2006)

É necessário realçar que mesmo que o idoso não seja capaz de desenvolver determinada tarefa devido à sua situação de dependência, deve haver um estímulo para que ele seja capaz de gerir o seu quotidiano e tomar decisões que lhe são inerentes explorando, sempre que possível, as suas capacidades e as potencialidades do meio no qual se encontra inserido. É neste sentido que o cuidador tem um papel preponderante. Sequeira (2010, p.179) considera que este deve “promover a autonomia e independência; (...) promover a participação/envolvimento familiar; promover a comunicação e a socialização; promover a manutenção ou estimulação pelo interesse no desenvolvimento de um projeto pessoal, história de vida (...)”.

É importante o estímulo e incentivo ao idoso para que este mantenha a sua autonomia, as suas motivações, as suas relações sociais e para que continue a ser o principal promotor das decisões e da responsabilidade sobre como se organiza o seu quotidiano, mesmo quando se encontra perante algum condicionalismo de cariz físico. A motivação e o apoio são essenciais para a promoção da autoestima e consequente valorização das capacidades do residente para realizar ações e tomar decisões; quanto maior o amor-próprio do sujeito, maior a sua capacidade para agir ativamente.

2.2. A participação do idoso

É certo que o envelhecimento é uma das fases da vida na qual se verificam maiores transformações, exigindo ao indivíduo uma capacidade de adaptação nesta nova etapa. Porém, não podemos esquecer que, salvo exceções, continuam a ser pessoas que têm autonomia e capacidade para gerir o seu dia-a-dia e tomar as decisões sempre que necessário. Mesmo que possam encontrar-se em situação de dependência continuam a ter autonomia e competências, como tal devem ser envolvidas no desenvolvimento das diversas atividades, participando ativamente na consecução das mesmas.

Esta participação manifesta-se como um grande desafio na sua aplicação, pois ainda não foi possível implementá-la nas diversas organizações, entre elas as que prestam apoio aos idosos. A lógica de funcionamento institucional impede a intervenção ativa do idoso, submetendo as principais questões apenas aos órgãos superiores hierárquicos, normalmente representados pelas direções.

Antes de partirmos para a participação no contexto do idoso, é importante definirmos o conceito de participação. Estivill et al. (2006, p.14) consideram que “é possível aventurar-nos a fazer uma delimitação do conceito de participação, afirmando que o mesmo seria um processo em que mais de duas pessoas, que partilham algo, decidem atuar e perseguir, juntas, um objetivo comum.”

Na ótica de Fazenda (s.d.) o *empowerment* pode funcionar como promotor de participação proporcionando, por um lado, maior responsabilização e, por outro, o aumento do sentimento de pertença e de coesão. Assim, conclui-se que para podermos falar em participação é necessário que esteja implícita a cooperação, o sentimento de pertença, a partilha de ideias, a existência de objetivos comuns, bem como a tomada de decisões, quer individuais, quer coletivas. Assim, após o debate de ideias acerca de determinado tema e da exposição da posição de cada um, deverá chegar-se a um consenso, para que se tome uma decisão unânime, que vá ao encontro de objetivos comuns.

Quando falamos na participação do idoso não nos referimos apenas à sua participação na definição e desenvolvimento das atividades de animação sociocultural, que é normalmente a vertente onde há uma maior flexibilidade e maior abertura a sugestões. A participação no contexto institucional é mais abrangente, devendo ser principalmente um agente ativo na definição do seu quotidiano, mesmo que se encontre institucionalizado. É essencial desmistificar a ideia de que a instituição é sinónimo de condicionalismo e que os seus utilizadores se limitam a cumprir com as regras pré-estabelecidas sem que se verifique qualquer flexibilidade.

A participação do idoso na definição do seu quotidiano é essencial para que o seu bem-estar psicológico seja preservado. Segundo Novo (2003) citado por Afonso (2011), o bem-estar psíquico implica a prevalência de qualidade no funcionamento psicológico, nomeadamente no que concerne à autonomia, ao domínio do meio, às relações positivas com os outros, aos objetivos de vida, ao crescimento pessoal e à aceitação do Eu. Ammann (1978) considera que a participação não depende do eixo dependência-autonomia. Porém, a independência poderá ter alguma influência quando falamos em negociações, relações sociais e transações entre as forças políticas.

Mesmo que o idoso se veja obrigado a integrar uma instituição, todas estas vertentes devem ser conservadas de modo a que o sénior possa assegurar a continuidade no que compete à manutenção da sua qualidade de vida³.

As instituições devem estar preparadas e adaptadas para acolher as pessoas da terceira idade, proporcionando-lhes qualidade de vida e bem-estar para que o idoso “se sinta em casa”. Este deve ser capaz de tomar decisões e gerir o seu quotidiano, tal como o fazia até ao momento da sua integração. Contudo, é perceptível que tal não acontece em muitas estruturas residenciais, daí que Cox e Parsons (1994) atentam que, muitas vezes, os idosos institucionalizados em lares estão desprovidos do direito de decidir até sobre os mais rudimentares aspetos de vida diária, nomeadamente, acerca de quando se levantar e, em muitos lares, acerca até do que vestir.

Para que tal seja possível é necessário trabalhar o conceito de *empowerment* junto do idoso, de forma a desenvolver a emancipação, a iniciativa e a opinião própria, que lhe permitam tomar decisões e é neste sentido que o assistente social deve ter um papel ativo.

Pinto (2013, p.57) entende que “a participação é uma faceta fundamental do *empowerment* [...] implica o estar presente e atuante nas várias configurações sociais, ser elemento ouvido e com influência sobre o que se decide e sobre os resultados da decisão. Uma participação que revele a validação e o reconhecimento daquele que participa.”

É necessário que o idoso seja ouvido e que expresse a sua opinião, de forma a participar nas tomadas de decisão. Porém, nem todos os profissionais (desde auxiliares a animadores socioculturais) chamam os indivíduos a intervir aquando do desenvolvimento das diversas atividades, mesmo que se tratem de cuidados pessoais, descuidando-se amiúde na promoção de autonomia, devido à escassez de tempo.

³Por qualidade de vida entende-se a perceção que o indivíduo tem da sua vida no seu contexto cultural, no seu sistema de valores e em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações, é um conceito amplo que inclui não só saúde ao nível físico, como outras dimensões psicológicas, sociais e ambientais. (OMS, cit. in Afonso) A qualidade de vida possui um carácter multidimensional, vai para além da saúde implicando inclusivamente características de foro social, emocional e psicológico. A monitorização da saúde, o suporte social, o apoio formal ou informal para a sua assistência são fundamentais daí que, por vezes seja necessário integrar o idoso numa instituição para assegurar a qualidade de vida do idoso.

Relativamente às atividades de tempos livre, normalmente os planos são apresentados e definidos pela animadora sociocultural, e os residentes limitam-se a cumpri-los deixando para trás ações que anteriormente eram do seu interesse. É necessário alterar a atuação dos profissionais e a política da instituição nesse sentido, para que os idosos sejam chamados a dar o seu contributo na definição do seu dia-a-dia e nas atividades que desenvolve.

Existe uma participação possível nas instituições, o que poderá significar que estas abrem espaço para que as pessoas e os grupos possam expressar-se, organizar-se e modelar as suas atuações. Noutros casos, são elas mesmas que se auto-organizam e fazem pressão junto das instituições já constituídas e as obrigam, de certa forma, a modificar as suas posições. (Estivill et al., 2006, p.23)

2.3. Animação sociocultural e ocupação dos tempos livres na ótica da participação

Jacob (2007) defende que longo do seu processo de envelhecimento, o indivíduo vai vendo as suas capacidades limitadas sobretudo a nível físico, condicionando as suas rotinas e a realização de atividades importantes para o seu quotidiano, verificando-se inclusivamente uma perda de autoestima, isolamento e alguma desmotivação. É neste contexto que emerge a relevância da animação sociocultural enquanto instrumento de sociabilidade e de alteração das rotinas.

O principal objetivo da incidência no constructo da animação sociocultural e da ocupação de tempos livres incide na promoção da participação ativa do indivíduo no seu próprio processo de desenvolvimento. Todavia, antes de explorar o conceito de animação sociocultural no contexto do projeto é importante partirmos para a sua definição de forma a clarificá-lo. Trilla (1998) entende a animação sociocultural como um

[...] conjunto de ações realizadas por indivíduos, grupos ou instituições numa comunidade (ou num sector da mesma) e dentro do âmbito de um território concreto, com o objetivo principal de promover nos seus membros uma **atitude de participação ativa** no processo do seu próprio desenvolvimento quer social quer cultural. (Trilla, 1998, p.8)

A animação sociocultural implica o desenvolvimento de dinâmicas/ações tendo em vista o incentivo à comunicação e à sociabilidade. As atividades são organizadas de forma a ocupar os tempos livres e estimular o bem-estar mental, físico e social, bem como a participação. Neste sentido, é necessário reforçar a ideia de que, os planos de animação sociocultural não devem ser elaborados para aplicar nos idosos, devem ser

elaborados pelos profissionais e pelos idosos tendo em conta os seus gostos, valores, opiniões e só depois devem ser colocados em prática.

Trilla (ibidem) enfatiza que a animação sociocultural assenta em três pilares: educacional, cultural e social. O mesmo autor chama a atenção para a importância da cultura no contexto da animação sociocultural, pois o desenvolvimento desta prática só faz sentido se estiver assente nos conhecimentos, costumes, valores e tradições. Se estes fatores não estiverem presentes é passível a falta de adesão no desenvolvimento das diversas atividades, uma vez que não vão ao encontro dos interesses do sujeito.

Juliano (1996, citado por Trilla, 1998) entende que é necessário distinguir três tipos de cultura, de forma a facilitar a perceção em torno da diversidade das atividades realizadas através da animação sociocultural. Neste sentido, refere a cultura oficial ou dominante, a cultura de massas e por último e possivelmente a mais relevante, a cultura popular.

A cultura oficial é normativa, descende naturalmente de contribuições de cariz filosófico, científico e acaba por ter um grande poder de decisão, dado que estabelece padrões que se encontram devidamente fundamentados. A cultura de massas está associada à estandardização ao nível da produção ou consumo e procede da cultura oficial. A cultura popular é normalmente aquela que tem mais ênfase no desenvolvimento de um plano de atividades de animação sociocultural, embora seja, muitas vezes, menosprezada. Tem uma forma de organização própria e é específica de determinados locais, sendo que os seus costumes não são do conhecimento de toda a sociedade.

Embora a animação sociocultural tenha por base conceitos como os costumes, valores, gostos e tradições, também pode ser uma forma de conhecimento de diversas culturas. Por vezes, o desenvolvimento de atividades pode ser um meio de conhecimento de novas culturas, promovidas através da socialização e da educação, tal como nos diz Juliano (1996, citado por Trilla, 1998). A educação pode ocorrer de modo formal ou informal, sendo que esta última é a mais utilizada neste âmbito. A ASC assenta numa vertente social, porque não tem como destinatário apenas o indivíduo mas sim o grupo ou comunidade, implica a dinâmica e a interação social. Tem uma vertente pedagógica pelo facto de ensinar novas culturas, tradições, novas sensações e novos saberes.

Fernández-Ballesteros (2009) considera que a animação sociocultural tem uma metodologia assente na participação, de forma a impulsionar os indivíduos e os grupos. Na ótica deste investigador, os idosos devem ter liberdade e autonomia para tomar decisões e gerir o seu dia-a-dia. Para que tal seja possível é necessário fomentar a iniciativa e a motivação para que eles próprios possam ser agentes ativos na definição, não só do seu quotidiano, mas também no plano de animação sociocultural.

Assim, torna-se essencial promover os conceitos de participação e tomada de decisão no desenvolvimento deste projeto. O plano de animação deve ser definido de acordo com a opinião dos utilizadores. Estes devem ser chamados a dar a sua opinião e potenciais sugestões que possam ir ao encontro dos seus interesses e deste modo enriquecer o plano.

As atividades de animação sociocultural e de ocupação dos tempos livres devem ser promovidas segundo as características das pessoas com as quais estamos a trabalhar, no que respeita às suas potencialidades e limitações, de modo a conseguirmos atingir a autonomia e o gosto pelo seu desenvolvimento. Assim, os planos de atividades devem ser planeados pelos seus promotores, nomeadamente os animadores socioculturais e pelos utilizadores, para que seja possível alcançar a satisfação pessoal e para que não seja percecionada como uma obrigação.

Jacob (2007, p.6) defende que *“a animação representa um conjunto de passos com vista a facilitar o acesso a uma vida mais ativa e mais criadora, à melhoria nas relações e comunicação com os outros, para uma melhor participação na vida da comunidade de que se faz parte, desenvolvendo a personalidade do indivíduo e a sua autonomia.”*

A ASC deve ser também percecionada como um estímulo à comodidade, manifestando-se ao nível físico, emocional, social. Porém, nem sempre é fácil desenvolvê-lo junto dos idosos devido à falta de motivação com a qual os animadores socioculturais se deparam, daí que seja necessário trabalhá-la. Como tal, Elizasu (1999) considera que a participação dos idosos na definição das atividades a desenvolver é muito importante, pois possibilita vivenciar momentos de prazer e realizar atividades que vão ao encontro dos seus interesses. É necessário conhecer bem os gostos dos residentes, de modo a propor ações adaptadas às capacidades, expectativas e aos gostos de cada um.

A falta de motivação resulta muitas vezes do pensamento desenvolvido pelos idosos, limitando as suas necessidades apenas a atividades que impliquem o seu bem-estar de cariz fisiológico, sendo que esta situação se acentua com a institucionalização. Existem autores que defendem esta teoria por considerarem que um idoso que se encontre no seu domicílio é, regra geral, mais ativo, embora se verifique um défice nas relações sociais, demarcados por situações de isolamento.

Osório citado por Pereira, Vieites e Lopes (2008, p.210) considera que “a participação é uma referência importante porque permite, entre outros aspetos, novas relações sociais, redes de contactos (...) melhor conhecimento de si próprio e superação da invalidez devido ao contexto da reforma, criação de compromissos.”

A ASC pode funcionar como uma ferramenta para colocar em contacto os indivíduos, nomeadamente os idosos, promovendo e estimulando as relações sociais, facilitando o contacto e o conhecimento com o outro. Visa ainda a transformação social e o desenvolvimento através da participação.

Para além dos aspetos positivos anteriormente mencionados, “a prática da animação sociocultural tem a missão de criar uma nova imagem cultural alternativa à visão negativa do envelhecimento” (Osório, 1997, p. 262). Este autor considera que a principal função da ASC é precisamente a promoção da participação, pois poderá contribuir para a criação de uma identidade coletiva, para o desenvolvimento da comunicação e das relações pessoais evitando situações de isolamento, de baixa autoestima e dum sentimento de inutilidade.

A ASC pode também ser um grande contributo quando falamos na integração da pessoa idosa numa estrutura residencial, pois promove a convivência e a participação tendo em conta diversos aspetos psicossociais e culturais. Contudo, as atividades de animação nem sempre vão encontro dos interesses dos utilizadores. Jacob (2007) chama-nos a atenção para a importância do desenvolvimento deste tipo de atividades, debatendo o facto de muitas instituições desvalorizarem e deixarem para segundo plano a promoção da ASC. O autor considera inclusivamente que “A maioria das instituições limita-se a fazer alguns passeios, duas ou três festas anuais, no entanto (...) pode contribuir, e muito, para o cuidado do idoso e para a melhoria da sua qualidade de vida”. (Jacob, 2007, p.37)

2.4. Intervenção do serviço social enquanto promotor de *empowerment* e participação

No que respeita a esta intervenção em contexto de lar, Cox e Parsons (1994) consideram que os assistentes sociais devem envolver-se com os residentes nas decisões relativas aos cuidados e nos seus desejos de serem envolvidos nos mesmos. No entanto, quando estamos perante idosos que se encontram cognitivamente inaptos para participar ou tomar decisões, os seus familiares têm de enfrentar esse dilema. É importante que se trabalhe junto dos idosos, das suas famílias e dos colaboradores para desenvolver-se um espírito de interajuda, na qual todos possam ser ouvidos e possam fazer valer a sua opinião, as suas decisões e sugestões.

O técnico de serviço social deve ser impulsionador para a ação; porém é importante contar com todos os agentes e profissionais que com ele colaboram “ a ação visa a mobilização dos atores locais com vista a uma transformação das relações sociais num dado espaço” (Bigot e Rivard in Chopart, 2003, p. 247).

Para além das transformações sociais, estes profissionais atuam de forma empreendedora construindo e negociando eixos de trabalho assentes na participação e na colaboração de todos os intervenientes, de forma a assegurar o cumprimento de qualquer que seja o projeto social.

Os profissionais da área social devem promover esta aproximação de forma a proporcionar serviços que se aproximem mais das reais necessidades da população com o qual irão intervir. O mesmo se aplica quando falamos nos conceitos-chave que nos propusemos explorar – autonomia, participação, tomada de decisão. Após um estudo em torno da realidade organizacional, nomeadamente dos centros sociais e paroquiais, Joaquim chegou à conclusão de que a participação dos residentes é quase sempre nula ou muito fraca:

[...] por um lado, as profissionais referem a falta de espaços e de iniciativas por parte das organizações que estimulem e permitam a participação dos residentes nos diferentes processos; por outro, referem a falta de cultura de participação dos próprios residentes e seus familiares. (Joaquim, 2008, p.142)

Após breve análise a esta investigação, verifica-se que a falta de participação dos residentes, nomeadamente na tomada de decisão é, frequentemente o resultado da sua

acomodação e de alguma restrição por parte das instituições. É neste contexto que se insere o papel do(a) Assistente Social que, embora esteja sujeito a uma hierarquia que muitas vezes lhe impõe regras e restrições, deve assumir um papel dinamizador no sentido de chamar os utilizadores a participar e a tomar decisões inerentes à dinâmica organizacional que - no caso dos lares de idosos - se reflete em parte, no seu quotidiano.

Existem características essenciais para a prática do Serviço Social, imprescindíveis no trabalho com indivíduos, famílias e pequenos grupos nomeadamente

O assistente social individualiza o seu trabalho com pessoas e grupos (...) participa colaborativamente com uma pessoa ou grupo na tomada de decisão que permitam ao cliente usar o ambiente social para melhoria da sua situação de vida; O assistente social facilita a participação do cliente em todos os aspetos do serviço. O direito que a pessoa tem de tomar decisões e de pô-las em execução é respeitado, (Northen, 1974, p.19)

São estas características que justificam a razão para a existência deste projeto. Entendemos que compete-nos, enquanto profissionais do Serviço Social, promover a participação e o direito à tomada de decisão dos indivíduos, independentemente do contexto em que se encontram inseridos. Neste sentido, os assistentes têm um papel importante no empoderamento/capacitação dos idosos e seus familiares. Estes profissionais funcionam como elo de ligação entre a direção e os residentes, dado que têm um contacto mais próximo e tem uma maior consciencialização acerca das necessidades dos residentes com os quais trabalham.

A presença de conceitos como *empowerment*, participação e autonomia é desejável em qualquer instituição permitindo ao idoso preservar, tanto quanto possível a sua identidade pessoal. Porém, é importante que exista um ou mais agentes que promovam tais condições. É neste contexto que emerge a relevância do Serviço Social - o assistente social assume o papel de impulsionador para que se atinja tal realidade, compete-lhe estabelecer a aproximação entre os residentes e a/as direções, defendendo e difundindo o interesse da população sobre o qual recai a sua intervenção.

Mesmo quando a instituição não tem como princípio a participação dos seus utilizadores, os profissionais da área social devem sensibilizar as direções para a importância e para a qualidade que tal poderá trazer para os serviços. Quando não é uma vontade manifestada pelos utilizadores, o conceito de *empowerment* deve ser trabalhado junto dos mesmos para que adquiram autonomia e capacidade na ótica da participação.

Esta deve ser trabalhada para que os residentes tomem a iniciativa de opinar e decidir, sempre que assim se justifique.

[...] são pessoas cuja participação se limita às atividades oferecidas pelos serviços, o que, segundo os dirigentes e profissionais entrevistados, por um lado, resulta de características das próprias pessoas, por outro, parece resultar também das próprias dinâmicas das organizações, na medida em que não foram referidos espaços e dinâmicas próprias para a participação das pessoas nos processos de decisão e nos processos de avaliação a sua opinião é pouco valorizada. (Joaquim, 2008, p.143)

Se, por um lado, os residentes não tomam iniciativa no que respeita à participação, por outro as instituições também não o permitem devido a regras intransigentes e mesmo quando não assumem essa postura tão rígida, não criam qualquer tipo de mecanismo que estimule a uma postura ativa por parte do idoso no contexto institucional em que está inserido. Nesta conjuntura reforça-se novamente o papel do assistente social enquanto promotor de participação, incentivando tanto os residentes como a direção acerca da necessidade de deter uma opinião e de poder tomar decisões.

A participação e o *empowerment* são conceitos que se encontram relacionados, pois a capacidade de intervenção e de interação está estritamente relacionada com a distribuição de poderes, para que todos tenham possibilidades de agir e tomar decisões sobre a sua própria vida e influenciar o meio em que se encontram inseridos. É neste contexto que o assistente social tem de agir de forma a possibilitar aos idosos residentes o controlo e a decisão sobre as suas próprias vidas.

A intervenção que posteriormente iremos delimitar deverá contemplar a ação junto destes agentes, dinamizando e criando ferramentas que permitam aos utilizadores expor a sua opinião, dar sugestões e participar ativamente nas tomadas de decisão.

PARTE II – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO SOCIAL

1. Aspetos metodológicos da elaboração do diagnóstico social

Uma vez que a nossa escolha recaiu sobre a perspetivação de um projeto de intervenção, foi-nos necessária a realização de um diagnóstico da situação social, elegendo a realização de um diagnóstico socioinstitucional e de um diagnóstico centrado nos idosos institucionalizados numa estrutura residencial. Considerando as etapas da metodologia de projeto, é pois necessário identificar os obstáculos que impedem que a organização cumpra a sua missão e também os problemas e as necessidades dos idosos que nela residem. Além da identificação desses problemas e necessidade, é necessário identificar a multiplicidade de fatores que estão na sua origem e tal obriga-nos a mobilizar o enquadramento teórico atrás apresentado e que foi fundamental para a construção das nossas hipóteses teóricas.

Consideramos as seguintes hipóteses teóricas orientadoras do diagnóstico social:

- As estruturas residenciais para idosos têm um modelo de gestão tradicional que exclui os idosos da participação no processo de tomada de decisão relativamente aos serviços por elas prestados e às atividades nelas desenvolvidas.
- As estruturas residenciais para idosos tendem a eleger como necessidades as que permitem essencialmente manter a vida biológica dos idosos e não têm criado condições para que eles sejam sujeitos de ação autónomos, capazes de tomar decisões e participar ativamente.
- O funcionamento quotidiano das residências sujeita os idosos a cumprir horários e regras rígidas e toma-os como uma categoria social homogénea, não personalizando os seus planos de cuidados.

Em síntese, considera-se que o modelo de gestão tradicional, caracterizado pela centralização do poder de decisão, por normas rígidas, pela standardização de procedimentos e pela rotina na forma como se prestam os cuidados aos residentes são fatores que condicionam a sua autonomia, participação e poder de decisão. Os idosos limitam-se a desenvolver as iniciativas que lhes são propostas e a cumprir com as regras que se encontram pré-estabelecidas e que os sujeitam e os condicionam o seu dia-a-dia.

Este trabalho de diagnóstico da situação social, teoricamente orientado, será crucial para que seja possível delimitar estratégias de intervenção adequadas que sirvam

à mudança social. Segundo Guerra (2000, p.52), a metodologia de projeto “permite em simultâneo, a produção de conhecimentos sobre a realidade, a inovação no sentido da singularidade de cada caso, a produção de mudanças sociais e, ainda, a formação de competências dos intervenientes.” No mesmo sentido, Ander-Egg e Idáñez (1998) consideram que é necessário utilizar meios adequados para alcançar o conhecimento da realidade, definindo uma forma de agir eficazmente, avaliando posteriormente os resultados da ação desenvolvida. É precisamente isto que se pretende com a implementação deste projeto: identificar estratégias de ação dirigidas ao contexto organizacional, que potenciem aos utilizadores maior controlo sobre a sua vida como residentes de lar, permitindo-lhes participar do processo de tomada de decisão sobre vários aspetos do seu quotidiano.

Ao permitir-nos identificar e interpretar os problemas e as necessidades, o diagnóstico da situação social sustenta o projeto que emerge da vontade de transformar determinada realidade e que é orientado por objetivos que se pretendem alcançar e pela seleção de estratégias de intervenção. Tal como Guerra menciona (2000, p.126), o projeto é “a resposta ao desejo de mobilizar energias disponíveis com o objetivo de maximizar as potencialidades (...) garantindo o máximo de bem-estar e de resolver situações-problema”. Perante determinada situação-problema, é necessário mobilizar as potencialidades da população e da organização com a qual estamos a intervir e criar mecanismos que nos permitam ultrapassar as limitações e dificuldades com que nos deparamos.

As estratégias de ação por nós propostas ressaltam a acuidade da participação e da capacidade de tomada de decisões pelos idosos, dado que são fatores essenciais para assegurar-lhes o sentimento de pertença, de bem-estar e para promover um maior controlo sobre a vida da instituição e sobre a sua própria vida. O idoso deve ter oportunidade de expressar os seus gostos, opiniões e sugestões e deve participar na tomada de decisão. Contudo, para que tal seja possível é necessário que os profissionais os incentivem a intervir e a participar ativamente no desenvolvimento das diversas atividades, desenvolvendo-as segundo os interesses e as vontades do idoso. Os diversos profissionais devem promover a autonomia, a participação e a capacidade de tomar decisões, concedendo liberdade para que o idoso possa ter controlo sobre o seu quotidiano. Fernández-Ballesteros (2009, p. 160) considera que

[...] o controlo pessoal ao longo da vida é uma das condições para o êxito e saúde (tanto física como mental) e é um dos fatores explicativos (...) para a qualidade de vida e bem-estar tanto em idosos que vivem na comunidade como nos idosos que vivem em instituições.

O trabalho junto da direção também é essencial para que seja possível a criação de uma participação ativa dos idosos no funcionamento institucional. É imprescindível consciencializar e informar a direção acerca dos reais problemas e necessidades dos seniores e da importância destes serem membros integrantes e ativos da organização.

A preservação da identidade pessoal do indivíduo no contexto institucional só pode ser assegurada caso possam continuar a assumir uma postura assente na autonomia e na participação que lhes atribuía um maior controlo sobre o seu curso de vida.

Deste modo, propomos as seguintes hipóteses operacionais:

- Forçar uma política organizativa mais democrática em que a direção e os profissionais criem condições para a implicação dos idosos na gestão do quotidiano da instituição, em diversas vertentes: nos serviços por ela prestados, na definição de regras, de horários, de atividades de animação sociocultural, na atribuição dos espaços, etc.;
- Organizar um grupo/comité de idosos que promova o debate de temas do quotidiano e das próprias normas de funcionamento, a expressão de opiniões e de sugestões e a tomada de decisões seja um estímulo à participação e à autonomia.
- Definir um grupo representativo de idosos para que se possam reunir frequentemente com a direção e expor as decisões que foram tomadas pelos residentes, permitindo aos idosos ter uma participação mais efetiva na definição da política organizacional e na própria vida da organização;
- Centrar a estruturação do trabalho dos gestores e dos profissionais nos reais problemas, necessidades e interesses dos idosos.

Em síntese, considera-se que as sugestões, opiniões e o poder de decisão a atribuir aos idosos são fatores essenciais, pois contribuem para o aumento do bem-estar, da qualidade de vida dos idosos e consequentemente para a sua maior participação na vida da organização. Tal conduzirá a uma melhoria no funcionamento da instituição no sentido do cumprimento efetivo da sua missão.

Como se trata da estrutura residencial para idosos que queremos compreender em profundidade, com vista à realização do diagnóstico social, mobilizamos uma metodologia qualitativa. Consideramos o método de estudo de caso ou de análise intensiva que, para Greenwood (sd., p.315) “ O estudo em profundidade do contexto residencial e da população que nele reside foi realizado pelo cruzamento de informação proveniente de diversas técnicas de recolha de informação.” As técnicas por nós privilegiadas foram: a observação participante, a análise documental, a entrevista e os quatro inquéritos por questionário extraídos da proposta do “SAMES-Lar”.

A necessidade de conhecer a instituição fez-nos optar pela análise de um conjunto de documentos. A pesquisa documental “baseia-se na utilização de documentos que ainda não sofreram um tratamento analítico, ou que ainda podem ser revistos de acordo com os objetivos da pesquisa. O primeiro passo da pesquisa documental consiste na exploração das fontes” (Gil, 1995, p.53).

O recurso à pesquisa documental procedeu-se através da exploração do decreto-lei 67/2012, do plano individual do utente, das escalas de Barthel, do regulamento interno e dos documentos de monitorização de participação nas atividades de animação sociocultural.

Tais instrumentos foram complementados com os dados resultantes da observação participante, com a aplicação de um inquérito por questionário e de entrevistas em situação de conversa informal.

A observação participante constitui um instrumento de investigação muito importante, pois permite reunir dados qualitativos e vivenciar a realidade do dia-a-dia na instituição. Quando complementada com uma grelha de observação permite retirar aspetos relevantes que podem contribuir para a definição de um diagnóstico preciso, completo e devidamente fundamentado. Assim, deu-se início à análise e observação do modelo organizacional da vida quotidiana dos residentes, desde a autonomia na gestão das suas rotinas, a preservação da identidade do idoso (respeito pelas suas escolhas, gostos e valores) à flexibilidade/restrrição das regras presentes no regulamento interno.

Quivy. e Campenhoudt (1998) consideram que a observação participante é a que melhor responde às preocupações habituais dos investigadores em ciências sociais. Esta consiste no estudo de determinada comunidade durante um período, participando na

vida coletiva onde o investigador estuda os modos de vida, esforçando-se por perturbá-la o menos possível. Segundo os mesmos autores a principal vantagem deste instrumento incide na autenticidade e na espontaneidade com que se produzem os comportamentos e os acontecimentos. Precedendo a fase de levantamento de informações acerca da instituição e dos seus utilizadores, procedeu-se à formulação de um pedido formal à direção da instituição onde foram expostas as nossas intenções e quais os objetivos do projeto. A identidade dos idosos foi salvaguardada e mantida no anonimato aquando a aplicação dos inquéritos.

O inquérito por questionário é outra técnica que poderá trazer um enorme contributo para a recolha de dados, pois permite-nos chegar a informações exatas dado que as questões serem elaboradas de forma a obtermos as informações precisas. De acordo com os investigadores suprarreferidos o inquérito por questionário consiste na colocação de uma série de perguntas relativas à situação social, profissional ou familiar de um conjunto de inquiridos, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto do interesse dos investigadores.

Para a recolha das informações necessárias para a elaboração do diagnóstico social, recorreremos ao inquérito do “SAMES – Lar”. Este instrumento está organizado por subtemas de forma a simplificar a recolha de informações. Optamos pela aplicação de quatro dos oito instrumentos do “SAMES – Lar”:

- 2º Instrumento: Inquérito relativo às características de organização e funcionamento – aplicado à assistente social e/ou diretor;
- 5º Instrumento: Clima social – aplica-se aos residentes, permitindo avaliar o ambiente psicossocial de determinada residência;
- 6º Instrumento: Diagnóstico de necessidades – a recolha de informação é realizada junto dos residentes, sendo que este é constituído por perguntas fechadas acerca da conveniência de melhorias e em caso de resposta positiva existe espaço para o levantamento de sugestões;

- 7º Instrumento: Inquérito relativo à satisfação – também ele é aplicado aos residentes, permitindo avaliar a satisfação das necessidades dos idosos desde características da residência às relações interpessoais.

Este instrumento é essencial para que se possa traçar um diagnóstico aprofundado, permitindo o alcance de um conhecimento rigoroso da instituição para posteriormente definir-se estratégias direcionadas à mudança e ao aperfeiçoamento institucional.

Obviamente que os dados recolhidos através da observação e da aplicação dos inquéritos podem e devem ser complementados com a informação recolhida através da entrevista. De acordo com Guerra (2000, p.146), a entrevista permite-nos alcançar “quase sempre informação qualitativa – valores, perceções, opiniões (...) sobre a importância dos problemas”.

Os dados recolhidos por esta diversidade de técnicas permitiram-nos traçar um diagnóstico socioinstitucional, procurando atribuir aos idosos um papel ativo na identificação das necessidades e dos problemas e na definição dos principais focos de intervenção. As informações recolhidas através da observação participante, das entrevistas e dos inquéritos por questionário serão posteriormente analisadas e utilizadas para ilustrar e compreender a vivência e as políticas organizacionais em vigor. A análise de dados implicou três fases fundamentais: descrição, análise e interpretação, de forma a construir-se um diagnóstico.

Para se proceder à análise e interpretação das diversas informações recolhidas através da observação participante e das conversas informais, recorreu-se à análise de conteúdo que, segundo Quivy e Campenhoudt, (1998, p.227) “oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e complexidade”.

2. Caracterização dos residentes e contextualização do ambiente institucional

2.1. Caracterização sociodemográfica dos residentes

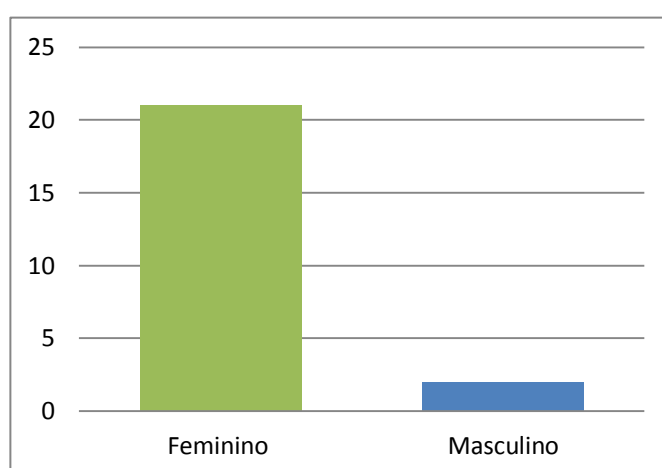
A caracterização dos residentes foi efetuada através de um levantamento de dados disponíveis nos processos individuais, da observação participante e de

informações recolhidas a partir de entrevistas em situação de conversa informal com os residentes.

O grupo de residentes é constituído por 23 indivíduos que farão parte do nosso estudo, fundamental para identificar características que possam ser consideradas relevantes na definição de estratégias de intervenção que contribuam para uma maior participação dos idosos na definição de aspetos do funcionamento quotidiano da estrutura residencial e dos seus planos de cuidado. Antes de caracterizarmos alguns aspetos da vida dos residentes na instituição, importa fazer uma breve análise dos seus percursos de vida e da situação atual que os caracteriza.

Como verificamos no gráfico abaixo representado, cerca de 91% dos residentes são do sexo feminino, sendo que existem apenas 2 homens que representam os restantes 9%. As mulheres representam a maior percentagem, refletindo a maior longevidade que caracteriza o sexo feminino em relação ao masculino. Estes dados corroboram as conclusões dos estudos que existem em Portugal sobre a população com mais de 65 anos. Efetivamente, quer na população que reside ainda nas suas casas, quer na que reside em lar, há uma clara tendência de feminização da população. Segundo os dados do PORDATA (2015), no ano de 2011 existiam 5.046.600 indivíduos do sexo masculino e 5.515.578 do sexo feminino, verificando-se a tendência da feminização da população que se tem mantido ao longo das últimas décadas.

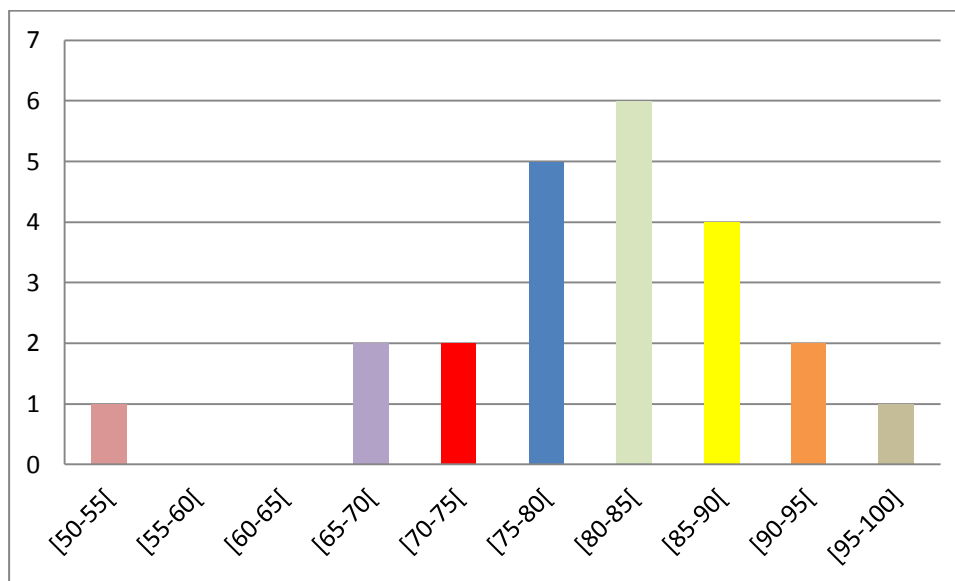
Gráfico 1 – Sexo



Fonte: Processo individual do utente

A média de idades dos idosos é de aproximadamente 80 anos, oscilando entre os 53 e os 97 anos. É importante referenciar que os residentes com menos idade integraram a instituição devido a problemas de saúde que, consequentemente, originaram situações de dependência, necessitando de apoio de terceiros para a satisfação das necessidades básicas de vida diária.

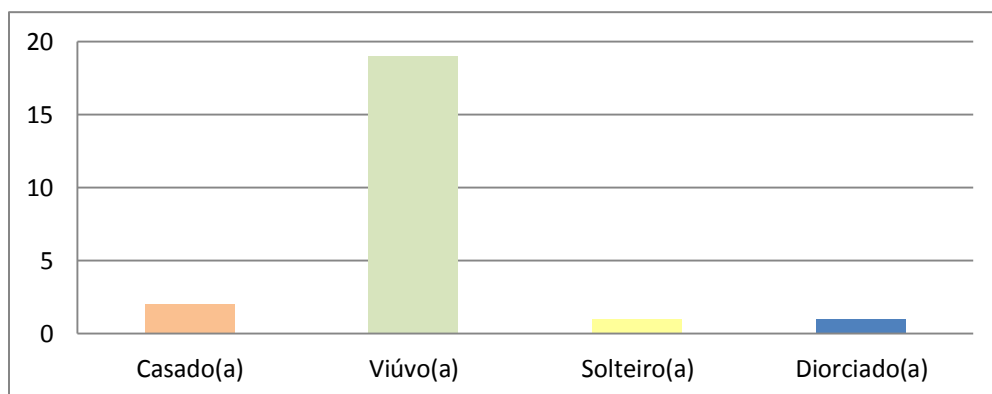
Gráfico 2 – Idades



Fonte: Processo individual do utente

Há uma tendência de envelhecimento na população que está institucionalizada, de acordo com o relatório de 2013 da Carta Social o total de idosos que frequentava a resposta ERPI em 2013, 71 % tinha mais de 80 anos, 47 % dos quais tinha 85 ou mais anos, evidenciando uma institucionalização da população idosa em idades já bastante avançadas. Relativamente ao género, a proporção de residentes do género feminino acentuava-se com o aumento da idade.” (Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos – Relatório 2013, p.37)

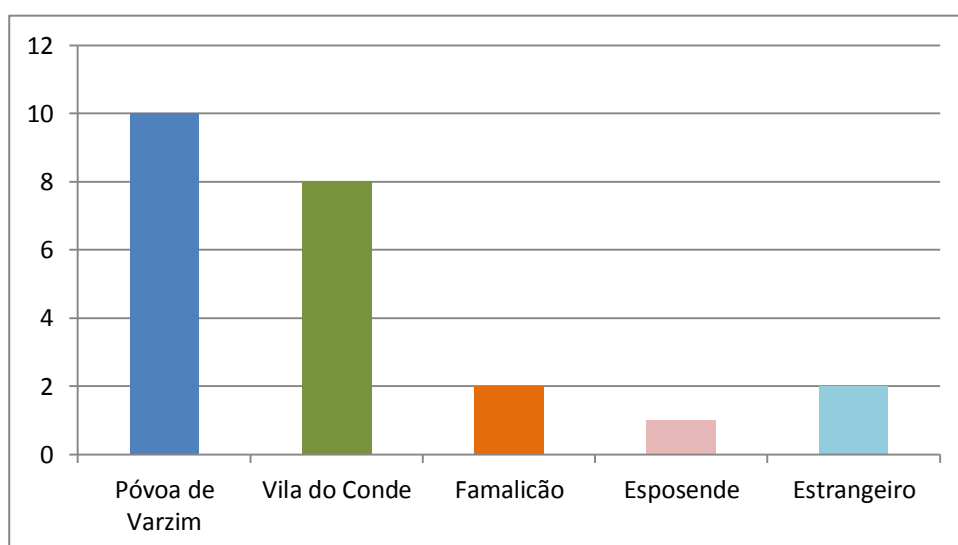
Gráfico 3 – Estado Civil



Fonte: Processo individual do utente

Relativamente ao estado civil verificamos que a maior parte dos idosos são viúvos, sendo esta uma das principais razões pela qual integraram o lar de idosos. Existem 19 residentes viúvos, representando uma percentagem significativa – através destes dados podemos apontar o isolamento social que decorre da viuvez como uma das principais causas da integração do idoso numa estrutura residencial para pessoas idosas. Pois, temos representado na população o número de famílias apenas constituídas por indivíduos acima dos 65 anos, resultado da predominância das famílias nucleares e da sua autonomização.

Gráfico 4 – Naturalidade



Fonte: Processo individual do utente

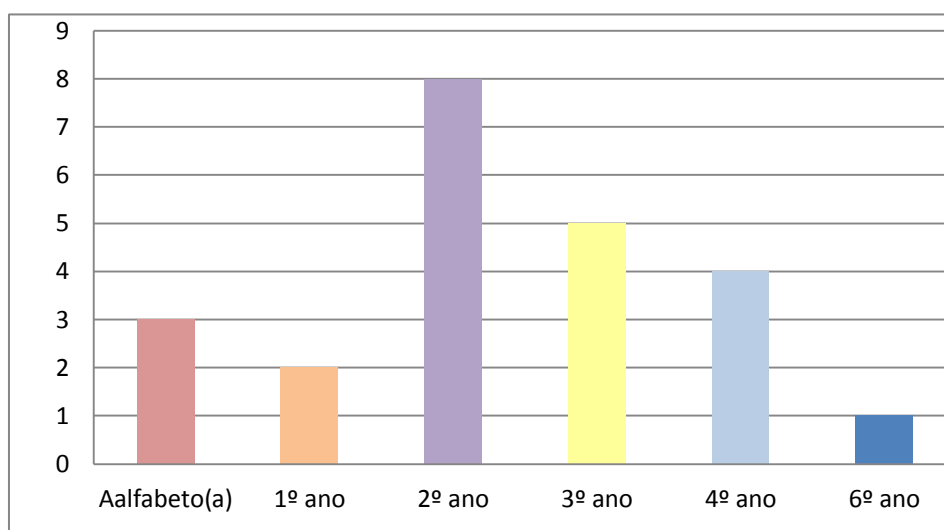
De acordo com dados recolhidos do processo individual do utente, os concelhos com maior proveniência de residentes são a Póvoa de Varzim e Vila do Conde, por serem os mais próximos do local onde o lar está situado. Tal é positivo porque, ao estarem numa instituição situada no espaço ou nas proximidades do espaço onde residiam, os sujeitos podem beneficiar de um contacto mais permanente com os seus familiares, amigos e antigos vizinhos e continuar a desenvolver nesse espaço algumas atividades instrumentais de vida diária e algumas atividades de animação sociocultural e de outros tipos. Existem apenas 5 residentes que vieram de locais mais longínquos, optaram por integrar esta instituição devido a referência de pessoas que já tiveram familiares integrados neste lar. Estes são, efetivamente, alvo de preocupação, uma vez que se encontram distantes da sua última área de residência e, conseqüentemente, das pessoas que lhe são mais próximas: familiares, vizinhos e amigos.

Breves notas sobre as trajetórias escolares e profissionais

Caracterizar os idosos num processo de estudo/intervenção focado em estratégias de intervenção que permitam aos idosos um controlo mais efetivo sobre o lar e sobre as suas próprias vidas obriga-nos a eleger como indicadores pertinentes os níveis de instrução, trabalho predominante ao longo da vida o mesmo e o grupo socioprofissional a que pertenceram.

Como muitos estudos demonstram, os indivíduos pertencentes às gerações mais velhas tiveram poucas oportunidades de frequentar a escola nos níveis de escolaridade mais elevados. Muitos dos nossos idosos não tiveram ocasião de aprender a ler e a escrever e tiveram uma relação com a escola muito curta (sendo a escolaridade obrigatória apenas de 3 ou 4 anos, consoante o género) e cedo a abandonaram para iniciarem a sua vida profissional.

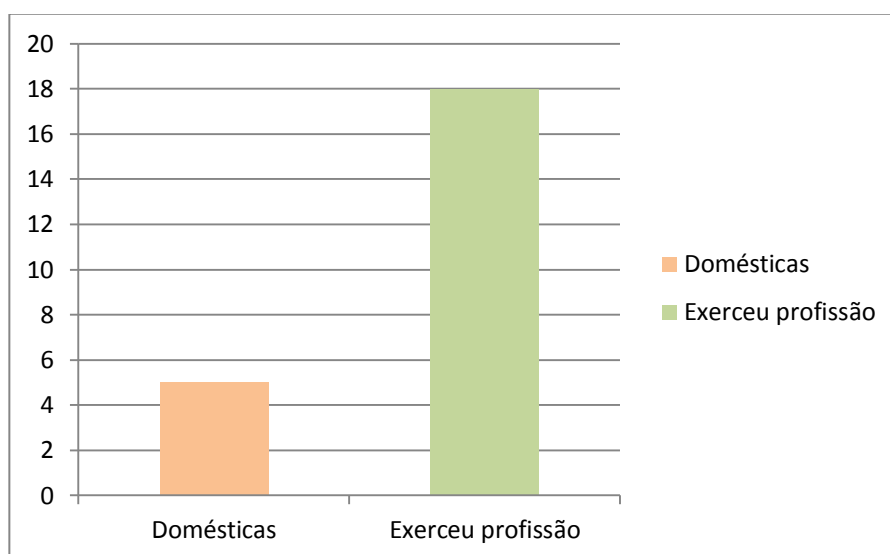
Gráfico 5 - Escolaridade



Fonte: Processo individual do utente

Através deste gráfico verificamos que os níveis de escolaridade são bastante baixos. A maioria dos idosos não possui mais do que o ensino básico, à exceção do utente mais novo da instituição, que concluiu o 6º ano. Existem ainda três idosos que não sabem ler nem escrever e que, curiosamente, são indivíduos do sexo feminino. Estas ingressaram em profissões associadas à agricultura, dando continuidade ao ramo de atividade dos seus ascendentes.

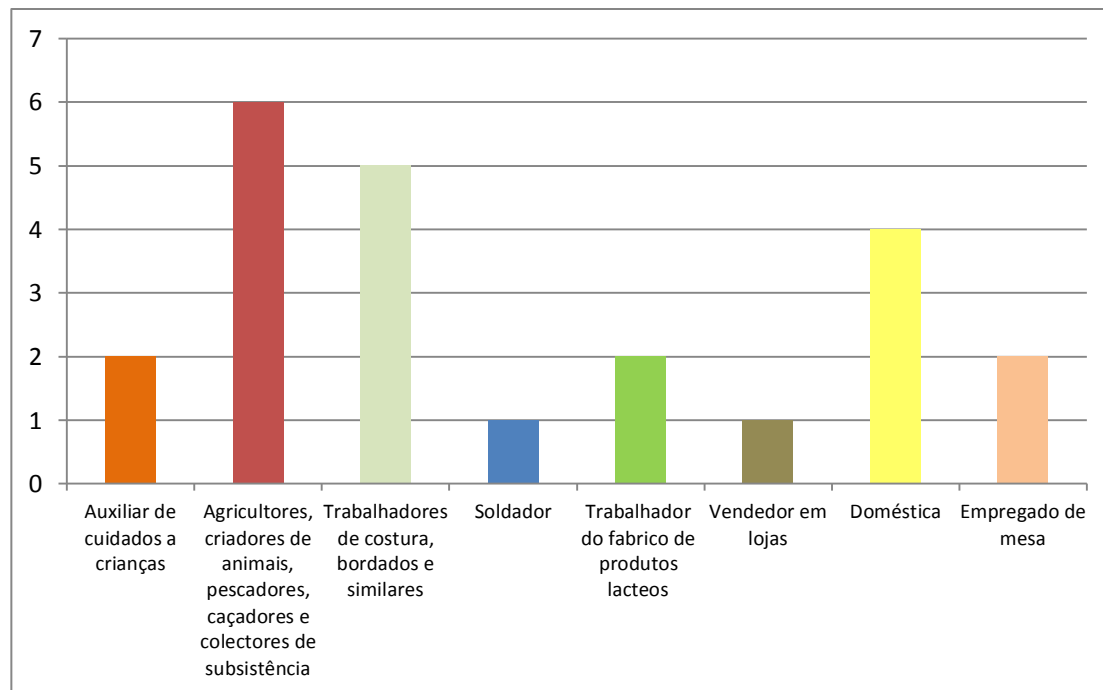
Gráfico 6- Condições perante o trabalho predominante ao longo da vida



Fonte: Processo individual do utente

Assiste-se ainda a um número significativo de mulheres que se dedicou às tarefas domésticas.

Gráfico 7 – Atividade Profissional



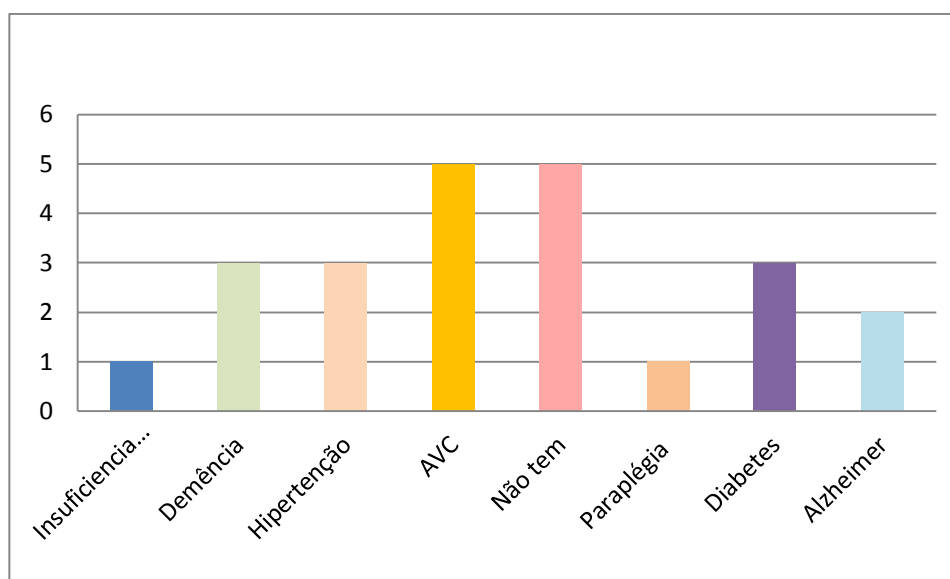
Fonte: Processo individual do utente

No gráfico seis podemos verificar que a maior parte dos idosos desempenhou profissões ligadas ao sector primário (agricultura) e ao sector secundário (trabalho desenvolvido nas fábricas), refletindo a baixa escolaridade anteriormente apresentada.

Saúde: patologias predominantes

Quando o nosso objetivo é aumentar o controlo dos idosos sobre a sua vida no lar, temos de contrariar a ideia de que os mais velhos estão incapazes de tomar decisões. Se é certo que alguns dos idosos que estão na nossa instituição têm problemas do foro cognitivo (tendo diagnósticos de demência) que os impede de participar no processo de tomada de decisão outros, que têm a sua saúde física comprometida, estão perfeitamente aptos para decidir sobre aspetos do seu plano de cuidados, da sua vida e da vida da instituição onde residem. Mesmo em relação aos que têm a sua função cognitiva afetada devem os seus familiares e os auxiliares que lhes prestam cuidados serem implicados no processo decisório relativa a assuntos que, mais direta ou indiretamente, os afetam.

Gráfico 8 – Patologias



Fonte: Processo individual do utente

O estado de saúde é, em muitos casos, um fator decisivo no momento da integração numa instituição. Através da consulta dos processos individuais dos idosos, no ponto sobre as razões da admissão no lar, foi possível apontar a degradação do estado de saúde como uma das principais razões. Os problemas de saúde obrigam o utente ou as suas famílias a procurar apoio, para que lhe possam proporcionar o auxílio de que necessitam, para assegurar o seu bem-estar através do desenvolvimento das tarefas básicas de vida diária e pela prestação de cuidados de enfermagem e médicos.

Verificamos através deste gráfico que a situação de saúde fragilizada em sequência de AVCs predomina entre os residentes. Contudo, há também problemas de doença mental (demência), e que impediram a participação na realização do inquérito.

Realça-se também o facto de cinco dos indivíduos inquiridos não terem patologias significativas.

2.2. A estrutura residencial: breves notas sobre a sua política organizacional e sobre o seu funcionamento quotidiano

É necessário perceber como se organiza e funciona a estrutura residencial e quais as rotinas institucionais que nela se desenvolvem, para futuramente refletir-se

sobre quais as estratégias de ação a acionar, para produzir a mudança no sentido do maior controlo dos utentes em relação à vida da organização e às suas próprias vidas.

Neste trabalho, interessa-nos compreender o funcionamento da instituição, o modelo de gestão assumido pela direção e a sua política organizacional, com destaque para o lugar que atribuído à participação dos residentes. Estamos ainda interessada em entender as normas e regras que regulam o dia-a-dia institucional e caracterizar os profissionais e os utilizadores enquanto intervenientes no quotidiano institucional.

Antes de mais importa referir a missão desta organização. Trata-se de uma Instituição Particular com fins lucrativos, que tem como objetivo dar resposta às necessidades dos idosos. É uma estrutura destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos. Segundo informação disponibilizada pela Segurança Social, no despacho normativo 12/98 de 25 de Fevereiro, a estrutura residencial tem como objetivos:

A prestação de todos os cuidados adequados à satisfação das suas necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência; uma alimentação adequada, atendendo, na medida do possível, a hábitos alimentares e gostos pessoais e cumprindo as prescrições médicas; uma qualidade de vida que compatibilize a vivência em comum com o respeito pela individualidade e privacidade de cada idoso; a realização de atividades de animação sociocultural, recreativa e ocupacional que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os idosos e para a manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas; um ambiente calmo, confortável e humanizado.

Nos documentos internos, a estrutura residencial em estudo assume como missão a que está prevista no quadro jurídico-normativo que regulamenta o funcionamento deste tipo de organizações. Esta missão está prevista no Regulamento Interno da Instituição que refere que a estrutura residencial em análise se destina a pessoas com “65 ou mais anos ou que se encontrem em situação de dependência física ou psíquica”. Convém realçar que estes objetivos sublinham a importância da promoção da autonomia dos idosos no processo de tomada de decisão, a garantia dos direitos dos idosos, nomeadamente o direito à individualidade e à privacidade, a construção de um clima social que aposte no desenvolvimento de relações de tipo comunitário entre os idosos e destes com os profissionais, a planificação e implementação de um plano de atividades adequado que assente num conhecimento real das histórias de vida, dos problemas, das necessidades, interesses e motivações dos seniores e que vise a sua participação ativa.

Contudo, entre o que está expresso em termos de intenções nos documentos que formalizam o funcionamento da organização e o funcionamento efetivo da estrutura residencial, podemos, desde já, referenciar a existência de um hiato, sobretudo no que diz respeito às condições a criar com vista à autonomia e à participação dos idosos.

Procurando caracterizar o seu modelo de gestão, pode referir-se que o seu órgão de gestão é a direção à qual cabe o papel principal de gestão quotidiana da organização. Esta é composta pelos proprietários do lar, presentes diariamente na instituição, embora a sua interação com os residentes seja restrita e pontual, limitando a perceção efetiva do modo como os serviços são prestados e o conhecimento dos problemas e das necessidades dos residentes. As funções da direção assentam na programação de atividades a desenvolver, na coordenação e supervisão dos recursos humanos, na aplicação de um modelo de gestão técnica adequado ao funcionamento do lar; na gestão financeira. Os diretores promovem reuniões com a equipa de profissionais, sensibilizando-os para as problemáticas das pessoas idosas, promovem a sua formação e coordenam os serviços.

Através da observação participante e das conversas informais, entende-se que compete à direção tomar as decisões mais relevantes do lar, qualquer questão ou problema que surja é comunicado ao órgão hierárquico superior, para que tome a decisão ou circunscreva a solução para determinado dilema. Normalmente estas informações são transmitidas à direção ou à diretora técnica, pela enfermeira ou pela assistente social, uma vez que os membros da direção não se encontram a tempo inteiro no estabelecimento.

Os idosos vêm a sua participação e o poder na tomada de decisões condicionado, pois nesta organização compete essencialmente à direção e aos funcionários a tomada de decisão sobre questões da vida da organização e das próprias vidas dos utentes. Obviamente que os residentes podem dar a sua opinião e manifestar a sua vontade no que concerne à vivência quotidiana na instituição. Porém, a decisão final é sempre dos órgãos superiores hierárquicos. A direção é a principal responsável na definição de regras às quais os idosos se encontram submetidos, sendo estes obrigados a reger o seu quotidiano pelas mesmas. Existe, evidentemente, alguma tolerância no seu cumprimento. Contudo, estas acabam por colocar alguns entraves ao poder de controlo

da sua vida por parte dos idosos e funcionam como linhas orientadoras nas suas atividades e nas suas vivências.

Em particular, compete à direção definir as regras e normas de funcionamento, que se encontram na sua maioria estipuladas no regulamento interno, nomeadamente no que respeita aos horários que estão previstos para os serviços/atividades e para as diversas rotinas. Tal como já referimos, as estruturas residenciais apresentam alguma rigidez na definição dos horários e nas regras que devem ser seguidas pelos idosos no seu quotidiano. No que respeita aos horários, no caso das saídas e entradas no lar, os residentes só podem fazê-lo entre as 10:00h e as 18:30h, exceto dias festivos como o seu aniversário, Natal, etc. Os idosos só podem sair após aviso e autorização das auxiliares. E, quando se tratam de idosos com alguma demência ou com a função cognitiva de certa forma comprometida, só o podem fazer acompanhados de familiares ou amigos. Relativamente ao horário das refeições, este deve ser cumprido de acordo com as horas que se encontram estipuladas no regulamento interno. As refeições são servidas na sala de refeições, onde os residentes se encontram distribuídos de acordo com a sua vontade, sentando-se junto das pessoas com os quais mantêm relações de maior proximidade. Apenas em situações pontuais e quando se justifique as podem refeições ser realizadas no quarto. Neste contexto importa referir que as ementas se encontram pré-definidas pela enfermeira e pelo cozinheiro, sendo que os residentes não têm qualquer poder de decisão na elaboração das mesmas.

No que respeita ao horário das visitas, estas realizam-se da parte da tarde: das 14 até as 18h. No entanto, se for solicitado à diretora técnica, poderá existir alguma flexibilidade nesse sentido, permitindo que os familiares ou amigos dos idosos, que têm horário de trabalho durante o dia, os possam visitar. Compete também à diretora técnica a atribuição do quarto aquando a entrada de um novo residente, que não tem opção de escolha no que no que refere ao espaço privado e bem como as pessoas com quem o vai partilhar.

Os quartos podem ser decorados de acordo com o gosto dos residentes, possibilitando-lhes introduzir objetos pessoais e até mesmo as suas mobílias. No entanto, importa salientar que os quartos não podem ser fechados e os residentes não têm acesso às chaves dos mesmos, verificando-se inclusivamente um entrave no que respeita a guardar alimentos nos quartos. A sua autonomia e capacidade de escolha

vêm-se colocadas em causa com este género de restrições, que se acentuam quando falamos em idosos dependentes. Quando se encontram neste tipo de situação estes anciãos perdem o poder de decisão e veem os seus cuidadores tomar as decisões por si. Tal realidade traduz-se no facto de serem as funcionárias que escolhem a roupa que os idosos mais dependentes vestem, decidem os dias em que tomam banho e aquilo que eles comem nos lanches e na ceia. Já os residentes considerados autónomos tomam banho quando acham mais conveniente e decidem acerca daquilo que querem vestir e o que comer ao pequeno-almoço, lanche e ceia, deslocam-se mais vezes ao exterior da instituição e fazem refeições fora sempre que assim o entendem, dado que têm dinheiro e obviamente podem utilizá-lo naquilo que bem entenderem.

No que se refere às atividades de animação sociocultural, estas decorrem da parte da tarde, de segunda a sexta, das 14:30 às 17:30h. No período da manhã, das 10h às 11h, desenvolvem-se atividades de culto religioso, as restantes atividades de animação sociocultural decorrem durante a tarde.

O plano de atividades de animação sociocultural é apresentado e definido anualmente pela animadora sociocultural. Posteriormente é aprovado pela direção e é afixado nas salas de convívio, para que possa ser consultado pelos residentes. Embora os movimentos sejam estabelecidos tendo em conta a cultura, as profissões que os idosos anteriormente desenvolveram e a sua escolaridade, estes nem sempre apresentam interesse na sua realização. Tal passividade em relação às atividades pode ser explicada pelo facto dos idosos não terem sido suficientemente envolvidos na escolha e na planificação das mesmas. As atividades são desenvolvidas com o objetivo de estimular os idosos fisicamente e cognitivamente, promovendo a socialização e a comunicação entre residentes e residentes-profissionais.

Assiste-se a uma grande proximidade no plano das relações entre os residentes e funcionários: desde os auxiliares de lar aos técnicos (assistente social, enfermeira e animadora sociocultural).

Esta proximidade expressa-se pela preocupação dos funcionários em conhecer os utentes. Há uma troca de informação sobre os idosos, a sua história de vida e a situação presente em que se encontram, que é revertida para a construção e implementação dos seus planos de cuidado. Quando se refere às relações de ajuda, Rogers (1961) afirma que ser digno de confiança não implica assumir consequentemente uma forma rígida,

considera que o outro deve confiar nele como pessoa que realmente é. Assim, o autor supramencionado considera que o indivíduo se deve dar a conhecer para que, para além de cuidar fisicamente da pessoa, crie uma relação de confiança para preservar o bem-estar do indivíduo como um todo. Dever-se-á desenvolver uma relação que permita manter a autonomia e a independência dos residentes, atendendo sempre à multiplicidade das suas necessidades e não apenas à satisfação das atividades básicas de vida diária. Porém, nestas relações nem sempre se verifica a existência de incentivos no que compete à estimulação da autonomia e da participação sendo tal realidade reflexo da política institucional e dos constrangimentos que a mesma coloca nesta matéria. Esta cultura organizacional deixa muitas vezes esquecida a necessidade de criação de um programa de fomento da implicação dos idosos na gestão do quotidiano da instituição, no que diz respeito às regras, aos horários, às atividades de animação sociocultural e na elaboração das ementas, etc. O regulamento interno é escrupulosamente cumprido, de forma a coordenar a rotina da instituição, acabando por refletir-se nas mais diversas vertentes, entre elas os horários das visitas, das refeições e do levantar/deitar. Quanto à auscultação dos profissionais ela dirige-se sobretudo aos profissionais mais qualificados: à diretora técnica (psicóloga), à assistente social, ao médico e à enfermeira que se reúnem mensalmente com a direção para debaterem potenciais situações que necessitem de intervenção ou que representem, de alguma forma, grande relevância. Afastados desta auscultação ficam os auxiliares de lar, que são os que mais interagem com os idosos, que mais conhecimento têm dos problemas e das necessidades dos idosos e que mais deveriam estar implicados na formulação do plano de cuidados.

Os idosos que se encontram na estrutura residencial colaboraram no diagnóstico relativo ao seu modo de funcionamento, permitindo que, desta forma, se identifiquem as suas necessidades e os problemas institucionais existentes.

As informações recolhidas resultam de dados emergentes da observação participante, da aplicação do 2º, 5º, 6º e 7º Instrumentos do Sistema de Avaliação Multidimensional de Equipamentos Sociais – Lares de Idosos (“SAMES- Lar”) e das conversas informais, bem como a análise documental dos planos individuais e os documentos de monitorização de participação nas atividades de animação sociocultural.

O grupo de inquiridos foi constituído por 17 indivíduos que se encontravam em plenas capacidades cognitivas. Os participantes mostraram-se bastante recetivos na resposta aos questionários, quando lhes foi explicado o objetivo da sua aplicação.

O segundo instrumento do “SAMES - Lar” diz respeito às características de organização e de funcionamento da instituição e teve como base as respostas dadas pela assistente social. Com base neste procedeu-se a uma análise dos pontos mais importantes referentes ao modo de organização e de funcionamento da instituição. Uma das partes que constituem este instrumento diz respeito à política organizativa, onde é possível apurar que não existe um Conselho de Direção e não decorrem reuniões com os membros da mesma.

Horários de levantar, do banho, refeições e visitas

Quando abordamos os horários existentes na instituição, verificamos que estes são um pouco restritos, sujeitando os idosos a desenvolver determinadas tarefas nesses períodos de tempo como as refeições, o deitar, a entrada e saída da instituição e horários para as visitas. Estes encontram-se instituídos no regulamento interno e nos placards informativos e foram definidos pela direção sem que os residentes pudessem expor a sua opinião.

Interessa caracterizar as rotinas diárias que marcam a vida da instituição. Os serviços começam a ser prestados às sete da manhã, quando entra o primeiro turno das ajudantes de lar, a partir desta hora iniciam-se as higiene dos idosos mais dependentes. Estes não têm qualquer autonomia no que respeita ao horário para se levantarem, para tomarem o pequeno-almoço e para fazer a sua higiene – são normalmente as pessoas que menos poder de decisão têm e que menos sugestões podem formular. “As pessoas mais dependentes da instituição são menos frequentemente respeitadas no seu direito à intimidade corporal e à propriedade de um espaço pessoal” (Mallon, 2000, p.253) Estes residentes estão sujeitos às decisões tomadas pelas colaboradoras, na medida em que estas se regem pela programação dos banhos que previamente organizaram. Os idosos devem tomar banho completo duas vezes por semana. Os dias são escolhidos pelas funcionárias e pela enfermeira responsável.

As pessoas mais independentes podem dormir até mais tarde, desde que não tomem o pequeno-almoço depois das nove horas. Têm também a opção de tomarem

banho à noite, antes de se deitarem, para que no dia seguinte não necessitem de levantar-se mais cedo para o fazerem.

O horário de visitas é bastante restrito, o que é alvo de objeção por parte dos residentes, pois os seus familiares trabalham e o horário de visitas encerra às dezoito horas. Embora possa haver alguma flexibilidade por parte da direção técnica, continua a existir algum condicionalismo que põe em causa essa mesma flexibilidade, que é o facto de o jantar ser servido às dezanove horas. A totalidade dos residentes revela-se descontente com os horários das visitas, pois consideram que os familiares poderiam vir visitá-los mais vezes, caso o horário fosse alargado até mais tarde.

Os horários das refeições encontram-se estipulados e são normalmente cumpridos por todos, exceto em caso de consulta ou exame ou se houver algum atraso na cozinha. O pequeno-almoço é servido entre as 8 e as 9h, podendo ser tomado nas salas de refeições ou no quarto, se for da vontade do utente. Entre as 10 e as 11h é servido o lanche da manhã e às 12 horas é servido o almoço. O lanche é servido às 16 h, às 19 horas é servido o jantar e a ceia decorre por volta das 22h. Esta última refeição só é tomada por quem o desejar.

A rotina institucional é desenvolvida de acordo com os horários estipulados, o que obriga os residentes a gerirem o seu quotidiano com base nos mesmos.

As regras: da sua definição ao seu cumprimento

As normas de funcionamento e de conduta também foram alvo de análise e é possível verificar através das respostas dadas na aplicação do inquérito do “SAMES – Lar”, que existem normas definidas no regulamento interno (regras, horários, etc.) onde se identificam alguns comportamentos que são considerados intoleráveis, como é exemplo a ingestão de álcool no quarto. A posse de um animal doméstico, o relacionamento sexual com outros residentes e o fechar a porta à chave são comportamentos que embora não sejam proibidos, são desencorajados. Aqui verifica-se algum condicionalismo no que respeita à privacidade e à opção de escolha dos residentes. Existem comportamentos considerados intoleráveis, de acordo com as respostas atribuídas no inquérito aplicado, entre eles salienta-se a recusa de tomar banho, o abuso de bebidas alcoólicas e a saída do edifício ao fim da tarde sem aviso

prévio. Podemos inferir, a partir destas situações, que existem alguns constrangimentos no que respeita ao poder de decisão e à autonomia dos residentes.

De acordo com a direção “as normas que se encontram definidas no regulamento interno são executadas para facilitar a coordenação dos serviços prestados. Porém, poderá e deverá haver alguma tolerância e flexibilidade no seu cumprimento.” Obviamente que a existência de regras é essencial para a organização de determinada estrutura. No entanto, é importante que exista alguma tolerância que permita aos residentes agir autonomamente.

Embora não se aplique em todas as vertentes de ação, verifica-se em alguns momentos um incentivo à autonomia, particularmente quando falamos em ações quotidianas. Uma das partes do segundo instrumento que constitui o inquérito do “SAMES-Lar” encontra-se relacionada com as expectativas da capacidade funcional, uma vez que existe um esforço para encorajar o indivíduo a atuar de forma mais conveniente, nomeadamente quando se fala em incapacidade de se alimentar sozinho, de tomar banho, de se vestir, ou em situações de incontinência, desorientação e depressões.

A preparação da entrada e o acolhimento

Este acolhimento é tanto mais importante, porque em grande parte das situações são outros a decidir a sua entrada para o lar, como tal é fundamental considerarmos o facto de, já antes da institucionalização, os idosos perderem parte da sua autonomia em termos de tomada de decisão sobre questões fundamentais da sua vida: ficar em casa ou ir para uma instituição. Não podemos deixar de referenciar que a maior parte dos idosos entraram para a instituição pela diligência dos familiares ou amigos e não por sua vontade/iniciativa. Os familiares consideram que o seu idoso não tem condições para estar sozinho e optam também por esta via, porque não têm disponibilidade para cuidar deles a tempo inteiro.

O grau de aceitação da estrutura residencial é um fator essencial para que o processo de adaptação inicial possa ser bem-sucedido. O facto de conhecer pessoas que trabalham ou que frequentam a instituição também é considerado uma mais-valia para facilitar a integração do novo residente. “*Para mim foi fácil a adaptação porque já tinha cá uma amiga (...) a Maria já estava cá e como já conhecia alguém ... fomos*

vizinhas durante muitos anos e agora cá estamos as duas e até tivemos sorte porque ficamos juntas no mesmo quarto.” (Residente A)

No momento da admissão, os residentes têm acesso a um guia, de forma a facilitar a sua adaptação e para dar a conhecer as regras, os horários e as atividades desenvolvidas. É possível verificar que, no momento da admissão, entregam-se aos novos residentes um regulamento interno e um manual de acolhimento para que se possam inteirar acerca do funcionamento e das normas. No entanto, tal instrumento não existe quando falamos de novos funcionários, uma vez que a transmissão de informação é feita verbalmente pelos membros da direção. Nesse momento inicial é essencial proceder a um levantamento dos interesses, expectativas e da história de vida do sénior, para que posteriormente e juntamente com o mesmo se possa delinear um plano de cuidados ajustado e adaptado às necessidades, potencialidades e à vontade do utente.

[...] aquando do processo de entrada, se privilegia a indagação relativa a questões económicas e de saúde do idoso, secundarizando informação socialmente relevante [...] na construção de uma vivência satisfatória em lar quase nunca são consideradas as características mais particulares da história de vida de cada indivíduo, assim como os seus gostos e hábitos de vida anteriores. (Guedes, 2012, p.318-319)

O modo como o residente é acolhido pelos profissionais da instituição é um aspeto fulcral da sua integração. O facto de as colaboradoras apresentarem interesse na história de vida do residente, nos seus gostos e hábitos facilita a sua integração, pois acaba por criar empatia e por desenvolver laços de maior proximidade.

No acolhimento ao novo residente é feito um levantamento das necessidades e das expectativas para que, posteriormente se possa desenvolver um plano de cuidados e para que se possa adaptar os serviços prestados pelo lar. É importante conhecer um pouco da história de vida do idoso para contextualizar a adaptar os serviços a prestar. O conhecimento dos seus hábitos, gostos e as rotinas são essenciais para que se possa conhecer o idoso e para que, juntamente com o utente e os seus familiares, se defina um plano de cuidados ajustado às suas necessidades e potencialidades. É necessário dar a conhecer ao novo utente os outros residentes, os profissionais e o espaço.

O conhecimento da história de vida do idoso é essencial para que se possam trabalhar estratégias de adaptação, de forma a facilitar a integração do novo residente, aperfeiçoando a forma de atuar da instituição e das práticas dos profissionais.

Tratando-se de um idoso autónomo e independente, deve a assistente social, no momento da admissão, procurar conhecer e compreender a história de vida do idoso, junto do mesmo ou, tratando-se de um idoso com alguma limitação psíquica, deverá fazê-lo junto dos seus familiares, procedendo a um levantamento das suas necessidades, vontades, costumes ao nível da higiene, alimentação e os gostos, de forma a tentarem preservar esses hábitos. É importante que, desde o momento da admissão do novo residente, se conheça a sua história de vida, gostos e motivações para adequar os serviços prestados. A sua individualidade deve ser assegurada, respeitando-se as suas vontades e os seus hábitos.

A integração de um idoso numa estrutura residencial não tem de ser reflexo de quebras e do esquecimento no que refere aos gostos e hábitos dos residentes. Estes devem ser preservados e, sempre que possível, potenciar o desenvolvimento de novos gostos e motivações. Todas estas especificidades são essenciais para a definição do plano de cuidados do idoso. No entanto, para que este esteja completamente ajustado ao residente, tanto o próprio como os seus familiares devem participar na elaboração desse mesmo plano.

Personalização dos quartos: a possibilidade de trazer a mobília e de responsabilizar o idoso pela gestão do espaço

Os residentes autónomos têm permissão e são incentivados por parte da instituição a zelarem pelo seu espaço privado. Através do 2º instrumento do “SAMES – Lar,” percebemos que essa flexibilidade inicia-se logo no momento da admissão, na qual o utente poderá trazer a sua mobília e objetos pessoais e expô-los à sua vontade. Quando falamos na decoração do seu espaço privado (o quarto), nomeadamente na exposição de bens pessoais, é totalmente permitida e encorajada a aquisição de materiais que consideram úteis ou a própria organização do espaço.

O mesmo acontece quando referenciamos algumas atividades básicas de vida diária, como a alimentação, o banho e o vestir, em que, segundo as respostas apuradas na aplicação do 2º instrumento, se percebe que existe um esforço da parte da instituição para que o indivíduo possa ser autónomo na sua realização. O idoso pode ser responsável por fazer a sua cama e limpar o seu espaço, se assim o desejar. Porém, verificamos que tal não acontece quando estamos perante residentes com alguma

dependência física – tal como é perceptível através da informação recolhida pela observação do contexto organizacional.

A privacidade ou a falta dela

O modo como as instituições se organizam coloca muitas vezes em causa a privacidade dos residentes. O facto de os utentes partilharem o seu espaço privado com alguém que não conhecem coloca em causa a sua privacidade. No entanto, deparamo-nos com situações mais graves. Através da observação foi possível averiguar que, no mesmo momento e no mesmo quarto é realizada a higiene a uma idosa enquanto a outra residente com a qual partilha o quarto ainda lá se encontra, ameaçando seriamente a dignidade humana, negligenciando a sua privacidade.

O ritmo diário dos residentes dependentes é seriamente controlado, uma vez que dependem das funcionárias para satisfazerem as suas atividades básicas quotidianas. O facto de estas serem responsáveis por apoiar o idoso na sua higiene, a exposição a que o idoso muitas vezes está sujeito, coloca em causa a sua privacidade.

Para além destes fatores supramencionados, podemos observar não existem chaves na porta dos quartos. Em cada quarto existe uma casa de banho que é apenas utilizada pelos residentes que ocupam aquele quarto, bem como os armários de roupa, uma vez que cada um possui um armário onde pode guardar os seus pertences – embora as funcionárias acedam aos mesmos para guardar bens dos residentes.

Quando referenciamos o espaço privado dos residentes, verificamos que este nem sempre é respeitado pois, se por um lado, existem colaboradoras que batem à porta ou pedem permissão para entrar, por outro existem, embora pouco frequentes, situações em que tal procedimento não se verifica.

Ainda que não se tenha verificado até ao momento relações de intimidade ou namoros entre residentes, algumas das residentes que se encontram há mais tempo no lar referem que já existiu um casal no lar que se conheceu e que começou a namorar e não houve qualquer tipo de restrição por parte da direção nem das funcionárias embora algumas das residentes não vissem de forma positiva essa relação, pelo facto da senhora em causa ser viúva e envolver-se com outro homem. De acordo com o que foi referenciado pelas residentes, os momentos de privacidade entre o casal eram

respeitados, pois embora não estivessem juntos no mesmo quarto, ficavam muito tempo no quarto um do outro de forma a poderem conversar e estar mais à-vontade.

A autonomia e participação dos residentes no processo de tomada de decisão

A autonomia dos residentes, tal como já foi mencionado anteriormente, encontra-se condicionada pelas normas e pelos horários pela qual se rege o quotidiano institucional. A sua tomada de decisão encontra-se condicionada, porque em muitos casos o utente não é chamado a dar a sua opinião, tal como se verifica na elaboração das ementas, do plano anual de atividades etc. Os profissionais definem estes processos e apenas os apresentam aos residentes, que se limitam a cumpri-los.

A sexta parte do segundo inquérito aborda exatamente aquilo que necessitamos saber para delimitar a intervenção. Aqui, abordaram-se diversas áreas que foram sendo debatidas para perceber até que ponto é que os residentes se encontravam envolvidos nas tomadas de decisão.

Note-se que em doze das treze áreas (organização de atividades, planeamento dos menus, horários, decisão sobre a decoração das áreas comuns, debate das medidas de segurança, entre outras) que se abordaram, a resposta recaiu sobre a opção “a direção decide”. Apenas a mudança de quarto ou de cama é decidida pela direção tendo em conta a opinião dos residentes. *“Os residentes encontram-se condicionados na tomada de decisão pois, normalmente, esta é da responsabilidade da direção.”*

Quando falamos na participação dos residentes é necessário referenciar que existem alguns casos de residentes que realizam tarefas não remuneradas, como é o caso das duas residentes mais autónomas.

Apesar de a participação ser possível e incentivada, quando se fala no desenvolvimento de atividades de rotina da instituição, verificamos que não existe um conselho de residentes nem qualquer reunião onde possam participar nas tomadas de decisão, no estabelecimento de regras ou mesmo para apresentar alguma sugestão ou reclamação.

As declarações da assistente social relativamente à participação assentam na existência de um incentivo por parte das colaboradoras e de toda a equipa multidisciplinar para que os residentes possam participar nas rotinas da instituição e que

sejam autónomos na realização e na tomada de decisão inerentes às suas ações quotidianas.

A escolha das ementas e o espaço onde os idosos se podem alimentar

O pequeno-almoço, o lanche e a ceia são as únicas refeições em que os residentes autónomos podem escolher o que desejam comer, dentro da variedade que lhes é apresentada. O almoço é composto por sopa, o prato que se encontra previamente definido na ementa e a sobremesa que também pode ser escolhida pelos residentes, que normalmente assenta na escolha da fruta que deseja comer, ou noutra sobremesa que é pontualmente disponibilizada. O jantar é apenas composto pela sopa e pela sobremesa.

As ementas são da responsabilidade do cozinheiro e da enfermeira que as definem segundo o que consideram ser melhor para os residentes. Regra geral, não há distinção nas refeições ditas normais ou dieta, apenas diferem entre alimentos sólidos e alimentos pastosos, para quem apresenta maiores dificuldades ao nível da deglutição.

O refeitório é o local onde os residentes se devem deslocar para fazerem as refeições, nos horários que se encontram pré-definidos. Este espaço é partilhado pelos residentes e pelas funcionárias, embora nem sempre o façam ao mesmo tempo.

Embora se encontre definido no regulamento interno que os residentes não devem guardar alimentos no seu quarto - colocando mais uma vez, limitação à autonomia na decisão dos residentes nessa matéria – as funcionárias não se opõem a que tal aconteça, desde que os alimentos não caiam no esquecimento, podendo gerar pragas ou maus odores. “*A minha filha traz-me uns bolinhos todos os domingos quando cá vem e eu guardo-os no meu quarto e assim como quando me apetece.*” (Residente R)

Embora os residentes estejam satisfeitos com a alimentação e com as refeições referenciam que gostavam de ter a possibilidade de colaborar na elaboração e na definição das ementas para que, pontualmente, pudessem fazer refeições semelhantes às que tinham até à sua entrada na estrutura residencial. “*A comida aqui é boa, o Sr. Parente cozinha muito bem, mas não faz aquela comidinha a que estava habituada, a comida que eu fazia era diferente daquela que comemos aqui mas é a maneira que cada um tem de fazer as coisas*” (Residente M)

As atividades de animação sócio cultural: quem as define e como são implementadas

As atividades implementadas na instituição tem normalmente bastante adesão, no entanto comprovamos que atividades associadas a grupos de discussão e de orientação para a vida quotidiana são inexistentes.

Relativamente às animações socioculturais, estas são programadas pela animadora sociocultural e posteriormente aprovadas pela diretora técnica. A preocupação da direção é que estas atividades não coloquem em causa as rotinas e horários de funcionamento e que não representem um custo elevado no que compete a deslocações ou material necessário para a sua realização. Devido a este último fator é que as atividades de animação são sempre realizadas nas duas salas de convívio.

Devido às limitações de recursos económicos, existe um condicionalismo na diversidade das atividades desenvolvidas, que impede os residentes de descobrir novos gostos e interesses ou de sugerir novas atividades. Apesar das limitações impostas, existe uma consciencialização por parte da direção, relativamente à importância do desenvolvimento de atividades de animação sociocultural enquanto promotoras de bem-estar e de preservação das funções físicas e psicossociais.

As atividades desenvolvem-se segundo o plano de atividades desenvolvido pela animadora, incidindo sobretudo nos trabalhos manuais (como pintura, modelagem) e jogos de mesa/tradicionais (cartas, dominó, etc.).

Os trabalhos manuais e os jogos de mesa/tradicionais não despertam o interesse de muitos residentes, existindo uma insistência constante por parte da animadora para apelar à participação dos residentes. O facto de muitos idosos não se identificarem com as atividades propostas dificulta a sua participação. Esta falta de motivação exige que se invista num trabalho nesse sentido. O facto de nunca terem realizado esse tipo de tarefa pode ser *a priori* um entrave à sua participação. Simultaneamente, a falta de interesse do residente potencia a falta de empenho na mesma. Para além de ser necessário trabalhar a motivação, é essencial que se faça um levantamento dos gostos e das necessidades dos participantes para que, de algum modo, possam realizar-se atividades que vão ao encontro desses fatores.

Através da observação, é notória a diferenciação que é exercida no momento em que se desenvolvem as diversas ações entre os dependentes e independentes. Os dependentes mantêm-se nos seus cadeirões a observar as atividades que vão sendo realizadas pelos mais autónomos que, antes de iniciá-las se deslocam para as mesas ou para o espaço onde vai decorrer a atividade. Embora se crie um diálogo entre a animadora e todos os idosos, não existe oportunidade para os mais dependentes realizarem a atividade na íntegra.

A direção condiciona a intervenção da assistente social e da animadora sociocultural, impedindo que estas tenham maior iniciativa no desenvolvimento e na proposta de outro tipo de atividades, nomeadamente algumas que impliquem um maior contacto com a comunidade, já que isso implica custos que a organização não considera pertinentes. Através da aplicação do 2º instrumento do “SAMES - Lar” é possível concluir que as normas são ditadas pela administração, composta apenas pelos proprietários do lar não existindo, no entanto um Conselho de Direção.

As aulas de ginástica são sem dúvida uma das tarefas que despertam maior interesse nos idosos. Embora decorram apenas uma vez por semana, são aquelas que detém mais participantes. Estas aulas não são desenvolvidas pela animadora sociocultural, embora estejam definidas no plano de atividades, são programadas e promovidas por uma professora de educação física que, gradualmente, conseguiu cativar o interesse dos residentes e viu o número de participantes aumentar progressivamente. Aqui, mesmo que participem utentes dependentes, a professora tenta sempre adaptar os exercícios, para que estes também tenham possibilidade para os fazerem.

As ações de cariz religioso atraem todos os residentes e são promovidas por uma senhora que voluntariamente se desloca à instituição.

As atividades realizadas fora da instituição decorrem apenas em períodos em que as temperaturas o permitam (normalmente realizam-se de Maio a Outubro) e são promovidas pela animadora sociocultural e pela assistente social.

Embora a direção nem sempre as incentive a tal, estas profissionais angariam recursos que o permitam fazer: elaboram um pedido à junta de freguesia para que lhes ceda a sua carrinha, pois a do lar tem poucos lugares e não permitiria a deslocação de um grupo tão grande. Dado que as ajudantes de lar não podem ser dispensadas do seu

trabalho, pois iria representar uma alteração na rotina da instituição, as promotoras destas saídas solicitam a algumas das ajudantes de lar que se encontram de folga, o acompanhamento dos residentes. Normalmente não há qualquer oposição e quando sabem que se está a pensar na organização de um passeio, as próprias funcionárias oferecem-se para acompanhar os idosos. Sem a sua ajuda e colaboração, não seria possível organizar atividades desta natureza.

2.2.1. Clima social

O estudo das relações sociais é uma dimensão essencial da realização do diagnóstico completo. Assim, achamos pertinente abordar as relações entre residentes e residentes e funcionários. Para tal, recorremos ao quinto instrumento do “SAMES - Lar” e à observação participante, técnicas que permitem recolher informações relativas ao clima social.

Embora se trate de uma análise relativa às relações sociais, aborda-se também a questão alusiva ao cumprimento das regras e à autonomia (questões estreitamente relacionadas com as relações sociais entre os atores) no desenvolvimento de determinadas atividades sobre as quais também nos iremos debruçar.

A análise das respostas dos inquiridos permitiu-nos apurar alguns problemas que serão exploradas ao longo da apresentação e da análise de resultados. Iremos analisar as questões mais relevantes para que possamos proceder a um levantamento de necessidades e dos problemas detetados, destacando os que remetem para a falta de controlo que os residentes têm sobre a vida do lar e as suas próprias vidas.

Começamos por referenciar que, de acordo com as respostas atribuídas, a grande maioria dos inquiridos considerou que a instituição se encontrava muito bem organizada.

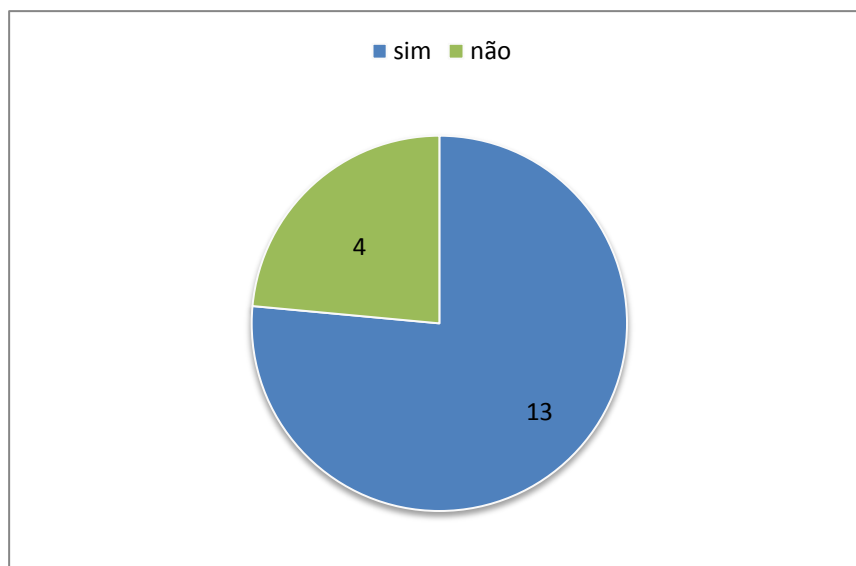
Gráfico 9 – Os residentes consideram que a instituição se encontra bem organizada



Esta resposta seria bastante positiva, se tal se comprovasse também pela outra informação recolhida. Pois, quando questionados sobre a organização em geral do lar, os residentes consideram que prevalece “uma boa organização”, embora quando se concretizam alguns aspetos dessa organização, os residentes apontam muitos problemas que a colocam em causa, como teremos oportunidade de comprovar de seguida. Alguns dos problemas apontados pelos residentes incidem na falta de respeito pela sua privacidade, falta de comunicação de informação que permita aos idosos participar ativamente na organização e funcionamento da instituição, horários pouco flexíveis, rigidez no cumprimento de regras, falta de contacto entre residentes e membros da direção, entre outras.

Passamos agora ao estudo das relações sociais: quando foram questionados sobre a atenção que recebiam, os residentes responderam, em grande maioria, que recebiam muita atenção, sendo unânime o facto de considerarem que as funcionárias lhes dedicam muito tempo. É perceptível a existência de uma relação de proximidade entre residentes e as colaboradoras, pois estas são as pessoas que mais contactam e que mais tempo passam com eles. Todavia, os residentes consideram que as colaboradoras são bastante rígidas relativamente ao cumprimento das regras. Treze dos dezassete inquiridos responderam afirmativamente, tal como podemos verificar no gráfico abaixo apresentado.

Gráfico 10 – Os residentes consideram que as funcionárias são muito rígidas no momento de fazer cumprir regras e regulamentos



Verificou-se inclusivamente que as funcionárias falam, por vezes, de forma autoritária para os residentes. Quando confrontados com a questão relativa à autoridade assumida pelas colaboradoras, todos os inquiridos responderam afirmativamente confirmando-se essa perceção dos residentes. As vontades dos residentes não são consideradas no desenvolvimento do seu plano de cuidados, sendo este pensado quase exclusivamente pelos profissionais. A título de exemplo: verificamos que as colaboradoras tratam as unhas dos idosos e cortam-lhes a barba quando consideram pertinente ou quando lhes é solicitado pelos próprios residentes – é possível verificar que nem sempre é da vontade dos residentes arranjar as unhas em determinado momento. Porém, vêm-se obrigados a fazê-lo, pois a funcionária assim o indica. *“Eu gosto de fazer a barba à terça e ao sábado, porque as minhas filhas vêm ao domingo e assim estou mais asseado, mas elas quiseram que eu desse um jeitinho à barba hoje e eu fiz o que me disseram.”* (Residente L) O mesmo acontece com roupa que os residentes utilizam, à exceção dos idosos autónomos, os mais dependentes limitam-se a utilizar aquilo que as funcionárias lhes impõem.

Neste contexto é evidente a necessidade de contemplar no nosso projeto de intervenção, a realização de cursos de formação em exercício, para que os profissionais entendam a relação interpessoal positiva com os idosos como uma das dimensões fundamentais do seu trabalho. Porque, embora se assista à existência de relações que criam condições para que os idosos falem abertamente com os profissionais sobre os

seus problemas, também se percebe que na relação com os idosos as funcionárias assumem uma postura autoritária.

Quando nos focamos nas relações entre residentes é visível a presença de ligações de grande proximidade e de amizade, manifestando frequentemente a preocupação com os seus pares, e expressando os sentimentos que nutrem uns pelos outros, como podemos comprovar com os dados relativos à questão: “ Os residentes tendem a esconder os seus sentimentos em relação uns aos outros?”, em que aproximadamente 59% respondeu que não.

Embora existam alguns grupos de idosos que foram sendo criados ao longo do tempo por partilha de interesses comuns, ou porque eram da mesma localidade ou até porque já trabalharam juntos, “todos os idosos se entendem e mantêm uma relação cordial.” Denota-se, no entanto, que os idosos que se encontram numa situação de saúde em que as suas capacidades cognitivas não estão comprometidas, evitam o contacto com residentes que tenham patologias como Alzheimer ou demência.

Gráfico 11 – Existência de críticas entre residentes



Relativamente à questão mencionada anteriormente, como podemos comprovar através do gráfico, 15 dos inquiridos responderam que não existem críticas entre os residentes. As duas respostas positivas justificaram-se dizendo que existem idosos que não aceitam os problemas de doença mental que alguns residentes apresentam, tal como podemos comprovar numa conversa informal com uma das idosas “ *A Maria está constantemente a censurar esta senhora que entrou há pouco tempo (...) está sempre a*

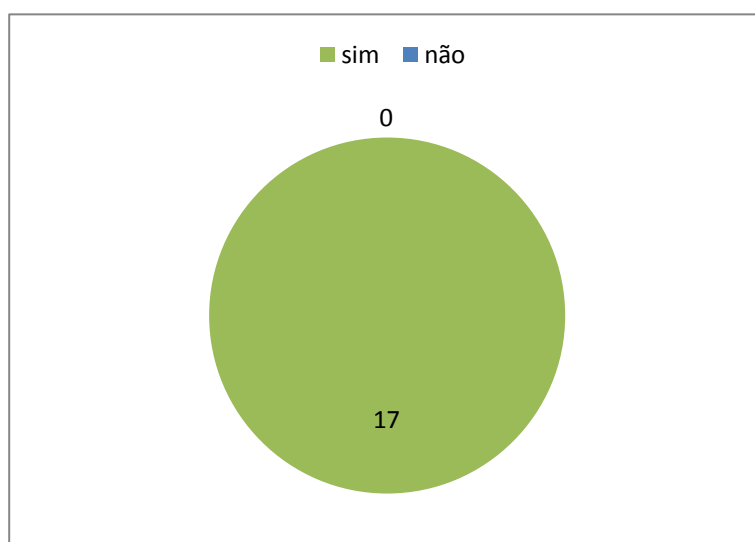
criticar tudo que ela diz ou faz, mas já se sabe que a senhora não está no seu juízo perfeito”. (Residente D)

No questionário a que recorremos não há nenhuma referência à relação entre residentes e membros da direção. Porém, podemos apurar através dos dados recolhidos, a partir da observação, que a relação entre eles é praticamente inexistente porque os proprietários do lar que constituem a direção raramente interagem com os idosos. Tal postura não permite que os gestores tenham uma clara perceção das necessidades e dos problemas dos utilizadores.

É manifesta a relação de dependência existente entre os residentes e as profissionais que colaboram com a instituição, não só no desenvolvimento de AVD's, mas também em atividades de ocupação dos tempos livres. Ainda que se encontrem disponíveis diversos jogos de mesa, filmes e jogos didáticos, grande parte dos idosos limita-se a ver televisão, a ler as revistas ou o jornal diário e a deixar o tempo passar. Convém referir que não são incentivados para que tenham uma postura mais ativa, participando apenas em atividades quando estas são desenvolvidas pela professora de ginástica ou pela animadora sociocultural.

À questão “Os residentes dependem geralmente dos funcionários para organizarem as suas próprias atividades (rotinas diárias, recreativas ou de ócio)?” todos os residentes responderam afirmativamente. Tal facto reflete a falta de iniciativa e de autonomia dos residentes e, simultaneamente, a falta de motivação e de incentivo, por parte dos colaboradores, para que os anciãos tenham uma postura mais ativa.

Gráfico 12 – Prevalência de dependência por parte dos residentes no desenvolvimento das suas próprias atividades (quotidianas, recreativas ou de ócio)



Aos residentes não são permitas tomadas de iniciativa no desenvolvimento de algumas atividades que poderiam ser do seu interesse e lhes permitiriam desfrutar do seu tempo de forma mais útil, mantendo-os mais ativos e ocupados. Existe uma insatisfação, por parte dos inquiridos, quando se fala do desenvolvimento de diligências sociais: mais de metade dos inquiridos considera não existir muitas atividades de animação sociocultural. Tal acontece, por um lado, porque a animadora sociocultural não se encontra a trabalhar a tempo inteiro na instituição e, por outro, porque os residentes não são incentivados a tomar a iniciativa no desenvolvimento dessas ações.

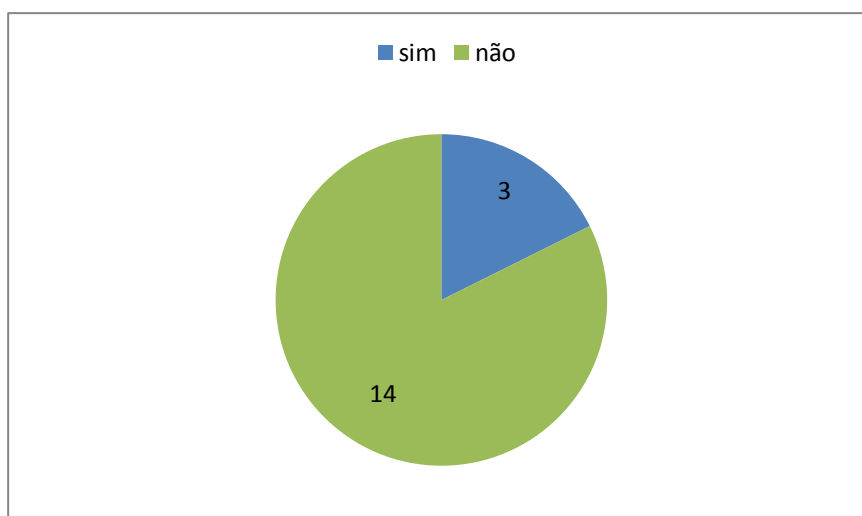
Gráfico 13 – Os residentes consideram as atividades de animação sociocultural estimulantes



Embora considerem que não existem muitas atividades de animação sociocultural, quando estas são desenvolvidas, os residentes consideram-nas “verdadeiramente agradáveis ou estimulantes”. Estas resultam do plano de atividades de animação sociocultural definido e planificado pela animadora sociocultural. Raramente se desenvolvem ações que sejam sugeridas pelos idosos. A animadora apenas os questiona acerca dos locais que preferem visitar quando se planeiam iniciativas no exterior da instituição.

Um ponto fulcral para o nosso estudo diz respeito à informação associada à consideração da opinião dos residentes e à sua participação no processo de tomada de decisão. Numa das questões presentes no 5º instrumento do “SAMES – Lar” refere-se “Têm-se em conta as sugestões dos residentes no momento de atuar ou tomar decisões?” A esta questão catorze dos dezassete inquiridos responderam negativamente, pois não entendiam que as suas sugestões fossem tidas em conta.

Gráficas 14- As sugestões dos residentes são consideradas no momento de atuar ou tomar decisões



A maioria dos inquiridos também considera não existir um incentivo para a tomada das suas próprias decisões (59%). Relativamente à sua opinião no que concerne ao estabelecimento de regras, dezasseis dos idosos inquiridos responderam que a sua opinião não foi considerada na hora de estabelecer as normas que regulam o seu quotidiano. Através destes dados comprova-se a inexistência de voz por parte dos residentes. Estes veem-se impedidos de tomar decisões e mesmo as suas opiniões, sugestões, reclamações e vontades não são consideradas.

2.2.2. Necessidades dos residentes e níveis de satisfação

Necessidades

Este ponto é essencial para que se possam definir as principais necessidades dos residentes e permitam identificar aspetos sobre os quais eles gostariam de tomar decisões, pois abordam-se áreas em que os residentes sentem mais necessidade de intervir (em cada questão levantada existe a possibilidade de cada um dos residentes poder expressar aquilo que melhoraria).

Através da observação e da aplicação do sexto instrumento do “SAMES – Lar” comprovamos que existe um certo descontentamento por parte dos residentes, em

relação aos horários, às iniciativas de animação sociocultural e de ocupação de tempos livres.

Quando questionados sobre as atividades de tempos livres, culturais e sociais, aproximadamente 55% dos residentes considera que ser necessário melhorar alguns pontos.

Gráfico 15– Atividades de tempos livres, culturais e sociais deveriam ser melhoradas



As sugestões de melhoria propostas pelos idosos recaem sobretudo sobre o aumento do tempo em que se desenvolvem as iniciativas de animação sociocultural. Os residentes consideram que deveria haver uma maior diversidade no que compete às atividades e que estas poderiam ser promovidas no exterior da instituição.

As ASC são desenvolvidas diariamente, segundo o plano anual de atividades que se encontra previamente definido pela animadora sociocultural. Verifica-se que existe alguma dificuldade em cativar os idosos a participar e que muitos deles não apresentam qualquer interesse no seu desenvolvimento destas iniciativas, integrando-as apenas devido à grande insistência por parte da animadora.

Os programas e atividades como a ginástica e a terapia ocupacional deverão ser uma aposta no desenvolvimento deste projeto, dado que não existem sessões de terapia ocupacional e as aulas de ginástica que apenas decorrem uma vez por semana. Visto tratar-se de uma iniciativa de interesse, *“a ginástica poderia passar a desenvolver-se mais do que uma vez por semana”* (Residente J)

Os horários também foram alvo de alguma contestação, já que grande parte dos residentes considerava que o horário para levantar-se e/ou tomar o pequeno-almoço deveria ser mais tardio. É visível, portanto, o descontentamento de alguns residentes no momento de levantar, apontando algumas críticas por considerarem ser muito cedo e por ser de sua vontade dormir até mais tarde.

O mesmo descontentamento é notório quando se fala na higiene pessoal; esta é feita durante a manhã e os residentes dependentes não têm possibilidade de realizá-la noutra altura do dia. Estes são os primeiros a realizar a higiene; os autónomos realizam-na sobre a supervisão de alguma funcionária que lhes vai prestando auxílio sempre que algum necessita. No entanto os idosos mais autónomos têm opção para a realizar no final do dia para que no outro dia possam dormir até mais tarde. “*A Maria toma sempre banho no mesmo dia que eu, às segundas e às sextas, mas, às vezes, eu tomo à noite para poder ficar mais um bocado na cama.*” (Residente A)

Gráfico 16 – Residentes consideram os horários adequados



As apreciações relativas aos horários são extensivas às “normas para as visitas” que foram inclusivamente sujeitas a reprovações pois muitos idosos consideram que “*os horários para as visitas deveriam ser mais flexíveis, porque os filhos trabalham até tarde e por isso não podem vir cá tantas vezes.*” (Residente A)

Gráfico 17 – Residentes consideram que as normas para as visitas estão adequadas



Aproximadamente 35% dos inquiridos demonstraram algum descontentamento relativamente às normas aplicadas às visitas. As melhorias propostas assentam sobretudo na extensão do horário das visitas. *“Se o horário das visitas fosse até mais tarde o meu filho vinha cá mais vezes, assim só vem ao fim de semana porque não trabalha e pode vir durante o dia”* (Residente C)

O serviço de refeição é aquele que apresenta menos críticas por parte dos residentes. Porém, os mesmos consideram que deverão proceder-se a pequenas alterações. Segundo os inquiridos, as ementas sofrem muitas alterações e tais situações não deveriam ocorrer sem aviso prévio. Consideram que deveriam ter mais do que um prato, porque, por vezes, não gostam da refeição que lhes é apresentada e não têm outra opção.

Gráfico 18 – Necessidade de melhorar serviço de refeições



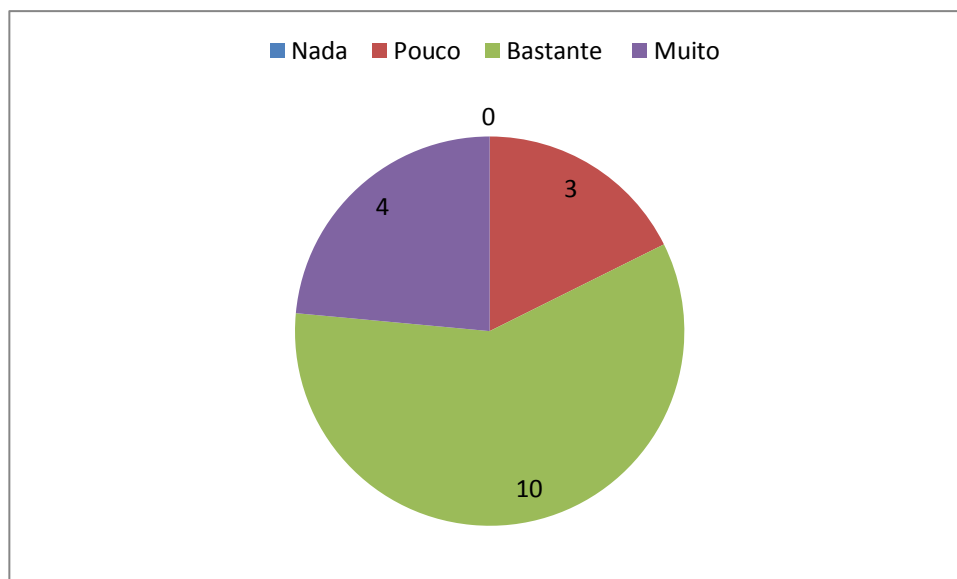
Como é possível confirmar através da observação do gráfico, subsiste uma percentagem mínima que considera que devem ser traçadas melhorias no serviço de refeições, uma vez que apenas quatro dos inquiridos responderam que era necessário aperfeiçoá-lo.

De acordo com os dados apurados através da aplicação deste instrumento do “SAMES – Lar” pode concluir-se que há necessidade de intervenção ao nível dos horários das atividades de tempos livres, de animação sociocultural, de reabilitação e no serviço de refeições. Assim sendo, parece-nos crucial que os residentes tenham a oportunidade de envolver-se em estruturas que permitam aumentar os seus interesses nos serviços que o lar presta, as suas rotinas e os variados aspetos do seu quotidiano. Os gestores e os profissionais devem ter uma postura de escuta atenta dos interesses dos idosos, dos problemas que eles identificam e das melhorias que propõem. Tal pode passar pela realização de reuniões regulares entre a direção e os idosos ou os seus representantes.

Satisfação

O inquérito que diz respeito à avaliação do grau de satisfação incide sobretudo nas relações sociais existentes e no funcionamento da organização. Como é possível observar pela informação apresentada, as relações entre os residentes são bastante positivas, assentando num espírito de amizade, cumplicidade e entreajuda. O mesmo se aplica quando comparamos a relação entre o pessoal que trabalha na instituição e os residentes que atribuíram respostas relativamente positivas ao item que fazia esta abordagem.

Gráfico 19 – Satisfação relativa à relação com o pessoal que trabalha na instituição

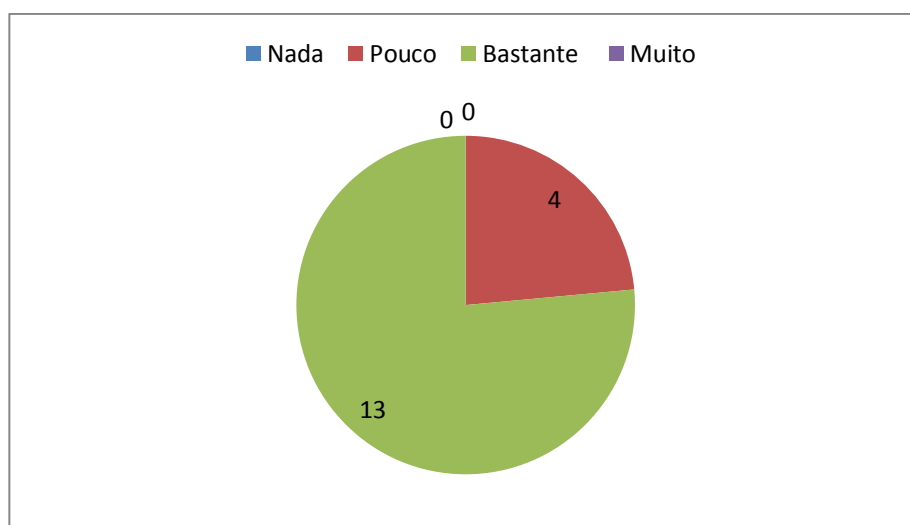


É notável a imposição de alguma autoridade por parte das colaboradoras (dados obtidos pela observação). *“Às vezes as funcionárias exageram, ralham connosco porque mexemos muito nas roupas e as desarrumamos um bocadinho (...) outras vezes por não chegarmos ao lar a horas para almoçarmos”* (Residente C)

Contudo, também é evidente a cumplicidade que existe entre algumas delas e os residentes que consideram que têm “muito apoio, atenção e carinho.” *“Elas são todas muito amigas do pessoal, não nos deixam faltar com nada, às vezes lá se chateiam mas também há pessoas aqui que tiram qualquer pessoa do sério, por muito que lhe façam nunca estão bem”* (Residente F)

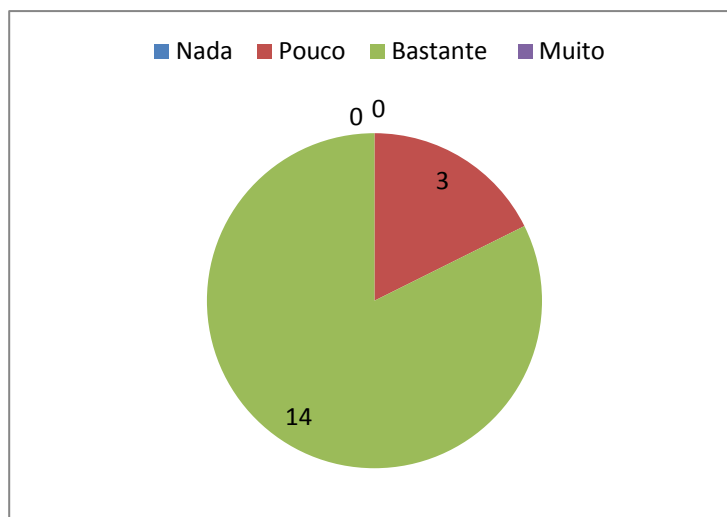
Partimos agora para a avaliação da satisfação, relativamente à organização da instituição: 76% dos idosos demonstraram-se bastante satisfeitos. Existe, no entanto, uma percentagem de 24% que se apresenta pouco satisfeita. Esta percentagem reflete alguma discordância no que se refere a regras ou a rotinas institucionais que não estão de acordo com a vontade, gostos ou hábitos dos residentes.

Gráfico 20 – Satisfação no que compete à organização da instituição



A avaliação que atribuem à instituição é, de uma forma geral, positiva, predominando a atribuição da opção “bastante satisfeito (a)”, como podemos comprovar através dos resultados presentes no gráfico seguinte. *“Eu gosto de cá estar. As coisas funcionam bem, porque a Dr.ª Mariana coordena muito bem o pessoal que trabalha aqui e dita regras para que as pessoas se possam entender”*. (Residente D)

Gráfico 21 – Satisfação relativa à instituição



Embora se corrobore a prevalência de satisfação no que respeita a relações sociais, e em relação à organização da instituição, existem lacunas que através destes resultados dos inquéritos não são possíveis comprovar, daí que seja necessário recorrer a outros instrumentos como a observação para complementar a informação recolhida.

SÍNTESE DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- Regras intransigentes;
- Falta de autonomia no que refere a tomada de decisão;
 - Falta de opção de escolha nas ementas, na partilha de quarto, no desenvolvimento da rotina diária;
- Horários pouco flexíveis;
- Falta de acesso à informação, por parte dos residentes;
- Pouca abertura por parte da instituição a sugestões dos residentes;
- Atividades de animação sociocultural desenvolvidas pela animadora que nem sempre vão ao encontro dos gostos e interesses dos residentes;
- Elevada passividade no que refere ao desenvolvimento de iniciativas.

PARTE III – PROJETO DE INTERVENÇÃO

1. Justificação do projeto de intervenção: dos problemas à formulação de objetivos

Tal como já expusemos, a missão da resposta social de estrutura residencial para idosos, expressa na Portaria n.º67/2012 emitida pelo Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, tem como objetivo central satisfazer as necessidades do idoso, contribuindo para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo, promovendo a sua funcionalidade e a sua autonomia, e, assim sendo, a sua intervenção na elaboração do plano de cuidados. As estruturas residenciais devem dar oportunidade para o indivíduo exercer a sua capacidade de atuação e de expressão e devem ser espaços onde o utente não deixe de ter controlo sobre a sua própria vida.

A integração do idoso numa estrutura residencial representa mudanças significativas no seu quotidiano. A estrutura organizativa, as normas, os horários e a própria ação dos profissionais condicionam a forma como o indivíduo vivencia o seu dia-a-dia, tendo, como vimos, sérias implicações na preservação da sua individualidade e da sua autonomia.

Já antes da entrada numa estrutura residencial o idoso pode ver a sua autonomia limitada, não tendo poder para influenciar a tomada de decisão sobre diversos aspetos da sua vida. Não são raras as situações em que os familiares dos idosos decidem por ele a ida para uma estrutura residencial. Em grande parte dos casos há fatores alheios à vontade do sénior que explicam a ida para o lar. São exemplos desses fatores os fenómenos do isolamento e da solidão vivenciados pelos idosos, aos quais acrescem as situações de dependência física, a escassez de rendimentos que lhes permitam fazer face às despesas do quotidiano, etc.

Aquando do processo de entrada no lar, o idoso volta a deparar-se com restrições no que respeita ao controlo sobre a sua própria vida e à tomada de decisão que lhe está inerente. O facto de não poder escolher o seu quarto e o seu lugar na mesa do refeitório, as pessoas com quem irá partilhar esses espaços, de não poder decidir os horários para a realização das suas rotinas, de não poder decidir as atividades lúdico-recreativas em que vai participar, de não poder mandar no seu dinheiro e de não existirem mecanismos para transmitir informação sobre a história de vida do novo residente às ajudantes de lar, que serão as pessoas que se relacionarão diretamente com eles, reflete uma política organizacional que não respeita totalmente a opinião, os interesses e a individualidade

do idoso, não estando a prestação de serviços estruturada a partir de um plano de cuidados individualizado para cada idoso que atenda as suas necessidades efetivas e que respeite os seus interesses e as suas vontades.

Embora a integração do idoso seja trabalhada no plano das intenções de forma a facilitar a manutenção da autonomia, nem sempre é fácil alcançá-la, pois, o idoso depara-se com uma nova realidade: um novo espaço que tem de partilhar com pessoas que para ele não são os seus “outros significativos” com as quais terá de se relacionar, até no que podemos considerar como “espaços mais privados”. Além disso, está sujeito à autoridade das direções e dos profissionais sem que possa exercer qualquer influência em relação a eles e às suas diretrizes. Trata-se de um quotidiano vivenciado segundo regras e horários que se encontram pré-estabelecidos e sobre os quais os idosos não se podem pronunciar. Os cuidadores formais e as direções decidem pelo próprio indivíduo, não havendo estruturas nem espaços/tempos de reunião. Concomitantemente, a entrada no lar está associada a um período de enfraquecimento de outras relações com aqueles que, para o idoso, são os mais significativos: familiares, amigos, vizinhos. Neste processo de entrada, a individualidade do idoso é colocada em causa quando referenciamos uma tendência de homogeneização no que refere à prestação de cuidados que não consegue atender às necessidades específicas de cada um dos idosos. Neste processo de entrada também a privacidade é muitas vezes menosprezada: dado que há uma partilha de espaços (que exigiriam intimidade) com pessoas com as quais, pelo menos numa fase inicial, não se tem qualquer relação de interação significativa.

Pode dizer-se que a integração do idoso numa instituição manifesta alterações significativas na sua vida: a nível de espaço, redes sociais, rotinas e ocupação dos tempos livres. A sua liberdade de expressar gostos, sugestões e opinião vê-se condicionada. O espaço institucional “concebe um lugar de liberdade vigiada, o papel do indivíduo é definido e modelado pela instituição, devendo este conformar-se e adaptar-se aos espaços em que é instalado.” (Guedes, 2012, p.47)

Nem todas as organizações impulsionam a autonomia e o poder de decisão do idoso, percecionando-o, muitas vezes, como um mero destinatário de serviços e como alguém que tem que se adaptar à sua nova condição de residente e às rotinas institucionais. Não é frequentemente manifesta a existência de uma preocupação com a adaptação do espaço ao idoso nem com o desenvolvimento de relações aquando do

momento do acolhimento. A direção das instituições atribui maior importância à eficiência, ao facto de ter todas as camas ocupadas, numa lógica de gestão, desvalorizando, muitas vezes, a missão e os objetivos de uma estrutura residencial: a satisfação das necessidades dos residentes e a promoção do seu bem-estar.

Não podemos esquecer que, muitas vezes, existe uma visão redutora daquilo que são as necessidades, visto que elas se restringem às necessidades que permitem aos idosos manter a sua vida biológica. É neste contexto que surge justificado o nosso projeto de intervenção, centrado no *empowerment*, isto é, no empoderamento dos idosos para que tenham oportunidades e desenvolvam capacidades para serem autónomos na tomada de decisões. O processo de empoderamento exige o desenvolvimento de competências (como o fazer em conjunto, partilhar com o outro, ouvir o outro) essenciais que serão cruciais para a promoção de relações com outros significativos (quer com outros idosos, quer com profissionais), para incentivar o sentimento de pertença e da colaboração dos idosos na planificação e execução de atividades que estão subjacentes à prestação de serviços. Neste processo é esperado que o assistente social desempenhe o papel de defensor (*advocacy*) dos interesses dos idosos.

Este projeto tem como objetivos principais promover a participação ativa do idoso na organização e no funcionamento da estrutura residencial nos mais variados ângulos do seu quotidiano; consciencializar a direção para as necessidades de participação dos idosos, promovendo um contacto mais próximo entre os residentes, os profissionais das diversas categorias e a direção. Paralelamente, pretende chamar a atenção da direção e seus colaboradores para a necessidade de criar condições para a intervenção, autonomia e tomada de decisão dos residentes.

É importante sensibilizar os residentes para o projeto; desenvolver ferramentas para que os utilizadores possam expressar a sua opinião e, desta forma, dar o seu contributo para a tomada de decisões acerca da organização e do seu quotidiano de vida.

Alguns dos objetivos do nosso projeto prenderam-se com: Divulgar os resultados do diagnóstico social junto da direção e dos colaboradores para despertar a consciencialização relativamente às reais necessidades dos idosos; Consciencializar a direção acerca da importância de uma participação ativa dos idosos, que promova a autonomia, a satisfação pessoal, o sentimento de pertença e o bem-estar. Através destes objetivos pretende-se delinear estratégias para posteriormente conduzir a

implementação de um conjunto de ações que possibilitem a alteração da posição assumida pela instituição na relação com o idoso.

2. Os recursos necessários para implementação do projeto de intervenção

Para que seja possível delimitar estratégias de ação é necessário apresentar previamente os recursos necessários. Assim, iremos apontar os recursos materiais, humanos e financeiros essenciais ao desenvolvimento do projeto de intervenção. No que respeita aos recursos materiais, não existirá qualquer dificuldade em reuni-los, uma vez que se encontram disponíveis na instituição. Estes serão diversificados consoante a fase em que se encontre a intervenção e incidirão sobretudo nos espaços físicos como sala de convívio, onde os residentes possam debater algumas ideias entre si e numa sala de reuniões para os encontros realizados entre os diferentes intervenientes: idosos, profissionais e diretores. É importante ter acesso a um computador, papel e impressora para que seja possível redigir as atas de reunião que devem ser elaboradas (comprometendo as partes com os compromissos e decisões assumidas) e consultadas sempre que necessário.

Quanto aos recursos humanos necessários para o desenvolvimento deste projeto é fundamental contar com a iniciativa da assistente social como principal impulsionadora, mas gradualmente associar as auxiliares de ação direta, que têm um papel decisivo no processo de capacitação dos idosos para a tomada de decisão: além do contacto diário com os seniores, o que lhes permite conhecê-los, elas serão os motores da criação de condições para que os idosos tenham mais influência nas decisões sobre os horários de prestação de serviços e o modo como esses serviços são prestados, sobre as atividades a realizar, podendo ser verdadeiras aliados dos idosos e também suas defensoras. Similarmente, o facto de estas profissionais poderem apresentar aos profissionais da equipa técnica (e até aos elementos da direção) a sua perspetiva acerca das necessidades e interesses dos idosos e, em última instância, o conhecimento que têm acerca dos mesmos, pode ser uma estratégia basilar a ser privilegiada.

Os residentes que se encontram nesta estrutura residencial são os principais e mais importantes instrumentos para que se possam atingir os objetivos anteriormente definidos, dado que o projeto será desenvolvido com eles, de forma a dar voz e fazer valer as suas opiniões e sugestões, tendo eles um papel preponderante e ativo na tomada

de decisões. A animadora sociocultural é um outro recurso humano essencial, uma vez que é promotora das atividades ocupacionais e de animação sociocultural, uma vertente que também será alvo de intervenção no decorrer do projeto e que tem como um dos seus principais propósitos promover a participação ativa dos seniores. Em suma, todos os atores mais identificados com a instituição - a direção, a diretora técnica e os outros profissionais da equipa técnica e sobretudo as ajudantes de lar (que são as profissionais que mais interagem com os idosos) serão cruciais dado que a implementação deste projeto só será possível com a sua aprovação, cooperação e incentivo.

3. Plano de intervenção para a promoção do *empowerment* dos idosos

O presente projeto visa transformar a lógica de organização e de funcionamento da estrutura residencial para pessoas idosas, no sentido de desenvolver a participação social daqueles que se encontram institucionalizados e que, apesar das organizações não criarem condições para que permaneçam autónomos, continuam capazes de gerir o seu quotidiano e de em relação a ele tomar decisões.

Trata-se de uma proposta que pretendemos que seja inovadora, porque, em primeiro lugar, visa intervir com vista a integrar as opiniões e as decisões dos residentes no que respeita ao funcionamento da estrutura residencial, às normas que nela estão estabelecidas e à própria gestão do seu dia-a-dia e, em segundo lugar, porque visa que sejam os próprios residentes (com o apoio de alguns profissionais) a implementar e a dar corpo ao projeto de animação sociocultural e ao conjunto de iniciativas desenvolvidas na instituição que estão intimamente relacionadas com a gestão do quotidiano. Assim sendo, os residentes terão oportunidade de se expressar coletivamente e de dar voz aos seus interesses e às suas ideias, formulando propostas concretas que possam ser efetivamente implementadas.

O projeto deverá contemplar dois momentos distintos de intervenção:

- O primeiro que diz respeito à sensibilização e transmissão de informações referentes à importância da intervenção, independência e poder de decisão dos residentes;
- O segundo estará focado na criação de condições efetivas para a sua participação e autonomia.

Após o levantamento das necessidades e da identificação dos problemas institucionais (em que os residentes devem participar ativamente) é necessário estruturar alguns preliminares essenciais à implementação do projeto, que se manifesta nas vertentes da sensibilização da direção, dos profissionais e dos próprios residentes para a relevância do projeto, da mobilização de residentes que o queiram integrar, para que, após o desenvolvimento das primeiras intervenções, os utentes possam dar continuidade às ações propostas.

Sequeira (2010) considera que face às necessidades levantadas após o diagnóstico, deve traçar-se um plano de intervenção, definindo estratégias que se encontrem articuladas e integradas no contexto anteriormente apresentado. Assim, todo o projeto encontra-se fundamentado num diagnóstico da situação social que, no nosso caso, identificou problemas e necessidades relativos ao quotidiano dos residentes no lar. De forma a delinear uma intervenção mais ajustada aos objetivos do projeto e às necessidades e problemas detetados no diagnóstico, iremos detalhar, a partir dos objetivos, as estratégias de ação a desenvolver.

3.1. Proposta de ação nº 1 – Consciencialização da direção e dos colaboradores para a necessidade de participação dos residentes

Objetivo Geral

- Sensibilizar a direção e os colaboradores para a necessidade de participação, autonomia e tomada de decisão dos residentes, de forma a elevar os seus níveis de satisfação pessoal, sentimento de pertença e bem-estar.

Objetivos Específicos

- Divulgar os resultados do diagnóstico social junto da direção e dos colaboradores para que os alerte para os problemas e necessidades dos idosos e facilite a sua compreensão para as necessidades de participação dos seniores;
- Promover a formação dos técnicos e dos cuidadores para que desenvolvam competências de diagnóstico (identificando com os residentes as necessidades e os problemas) e de planificação da intervenção que implique a colaboração

efetiva dos utentes. Interessa também destacar o tema da relação de ajuda, componente fundamental do trabalho dos profissionais e que potencia a construção de um plano de cuidados personalizado a cada um dos residentes.

Estratégias de ação

- Enquanto impulsionadora do projeto, a assistente social, deverá transmitir aos membros da direção as reais necessidades dos residentes (identificadas em articulação com os auxiliares) e os benefícios que a instituição poderia obter, caso assumisse uma nova postura organizacional, que passe pela criação de estruturas de colaboração dos idosos.
- As ideias chave do projeto poderão ser apresentadas à diretora técnica antes de se intervir junto da direção, tentando despertar o seu interesse, uma vez que mantém relação de maior proximidade com os membros da direção e colabora em espaços de reunião com a direção da instituição;
- A utilização de modelos de algumas associações que detêm uma estrutura organizacional que permite o desenvolvimento de um trabalho mais adaptado às reais necessidades e às expectativas dos membros que a constituem, viabilizando-se as alterações na estrutura organizacional (nos órgãos e nas suas relações de interdependência) enquanto fatores promotores de melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Atividades a desenvolver

- Reunir com a direção para expor os resultados do diagnóstico social que foi elaborado;
- Apresentar à direção e aos funcionários o projeto que se pretende implementar, reforçando a centralidade na satisfação das necessidades dos residentes, sobretudo no que respeita à autonomia e à participação nas tomadas de decisão;
- Promover sessões de formação para técnicos e cuidadores, abordando temáticas como ética profissional e prestação de cuidados, realçando a importância da autonomia, da cooperação e do respeito pela individualidade de cada idoso;

O maior desafio deste projeto é, sem dúvida, o trabalho a ser desenvolvido junto da direção, pois esta continua a assumir uma postura organizacional de gestão tradicional, em que afasta os residentes e também os profissionais que estão nos patamares inferiores da hierarquia da possibilidade de participar na definição da política organizativa.

A direção pretende centralizar o poder para que apenas este órgão de gestão possa a tomar decisões de acordo com a política assumida, tendo sempre em vista a perspetiva da eficiência e de um funcionamento institucional de acordo com as regras que ela própria definiu, garantindo uma rotina constante, de forma a gerir os recursos humanos, materiais e financeiros existentes.

3.2. Proposta de ação nº 2 – Trabalhar com os residentes para que estes assumam uma participação ativa no contexto institucional

Objetivo Geral

- Promover a participação ativa do idoso no funcionamento e na organização da instituição.

Objetivos Específicos

- Sensibilizar os residentes para o projeto;
- Desenvolver ferramentas para que os utilizadores possam expressar a sua opinião e desta forma dar o seu contributo para a tomada de decisões acerca da organização do seu quotidiano.

Estratégias de ação

- Esta intervenção desenvolvida com os residentes deverá ser acompanhada, numa fase inicial, pela assistente social e se possível pela animadora sociocultural;
- A motivação deve ser trabalhada junto dos residentes, para que eles não sejam dominados pelo conformismo, para que não se sintam inibidos ou com receio de

expressar a sua opinião e para que possam dar sugestões que vão ao encontro aos seus interesses, necessidades, hábitos ou gostos;

- Acompanhamento e apoio aos residentes que constituirão o comité ou que participam em reuniões com profissionais e diretores, questionando as práticas vigentes assumidas pela instituição, para que possam refletir sobre o que julgam pertinente ser alvo de alguma alteração.

Atividades a desenvolver

- Reunir com os residentes para explicar-lhes em que consiste o projeto, quais os seus objetivos e os benefícios que a sua implementação poderá gerar na sua rotina;
- Conceber momentos de debate e de reflexão em torno da organização e do funcionamento institucional: grupos de discussão; reuniões entre residentes, profissionais e diretores; criação de um comité de residentes.

Os residentes não devem ser tratados como meros destinatários de serviços, mas antes como sendo parte integrante da instituição, com direito a expressar a sua opinião, participando na definição de políticas organizacionais e no funcionamento quotidiano da estrutura residencial, tendo em conta que eles são os principais interessados em intervir na planificação do seu próprio quotidiano.

Espera-se que esta proposta de intervenção possa ser um contributo para a humanização e personalização dos serviços, estimulando a inovação deste tipo de resposta social para que haja um contributo para o aumento do respeito pela dignidade da pessoa idosa e para um estímulo à melhoria da qualidade de vida nos contextos institucionais.

3.3. Proposta de ação nº3 – Gerar proximidade entre direção/profissionais e os residentes

Objetivo Geral

- Promover um contacto mais próximo entre os residentes e a direção e os profissionais das diversas categorias.

Objetivos Específicos

- Reduzir as hierarquias existentes na instituição, colmatando as relações verticais centradas nos lugares ocupados na hierarquia e estimulando a construção de relações que potenciem o trabalho de equipa;
- Incentivar a proximidade entre a direção/profissionais e os residentes para que possa existir uma nova postura que corrija a subordinação a que os idosos estão sujeitos.

Estratégias de ação

- A direção passar mais tempo na instituição, para que os residentes não os percecionem apenas como membros superiores aos quais se encontram subordinados. Assim, será possível o desenvolvimento de relações de confiança e proximidade que lhes permitam expor, sem receios, as suas sugestões, críticas e/ou opiniões, participando também estes gestores das definições de estratégias da organização na elaboração do diagnóstico social;
- Construir uma efetiva relação de ajuda entre profissionais (da equipa técnica e os auxiliares) e os residentes de forma a haver uma adequação do seu plano de cuidados às suas necessidades, problemas e interesses.

Atividades a desenvolver

- Reuniões entre a direção/profissionais e o comité de residentes onde se debatam algumas práticas profissionais e institucionais e para que possam ser apresentadas sugestões, reclamações e opiniões;
- Reuniões entre a direção e os colaboradores para que possam dialogar acerca da postura que tem sido assumida em relação aos idosos e da centralidade do desenvolvimento de práticas inovadoras ao nível da prestação de cuidados;
- Construção, por parte dos profissionais, em estreita cooperação com os residentes, de diagnósticos psicossociais e de planos de cuidado personalizado.

As hierarquias vincadas e estritamente definidas na base de um poder apenas baseado do estatuto oficial, impedem que os diretores e os profissionais da equipa técnica, colocados em posições superiores de poder na hierarquia, mantenham contacto com os profissionais que se encontram abaixo nessa hierarquia. Quando tal se verifica no contexto de uma instituição, podemos afirmar que os membros da direção e, muitas vezes, os profissionais da equipa técnica, não têm uma interação efetiva com os residentes que lhes permita fazer a identificação real dos seus problemas e necessidades. Como tal, toda e qualquer intervenção que diretores e profissionais da equipa técnica tracem nunca poderá satisfazer os problemas e necessidades efetivas dos residentes na totalidade.

Assim, ressaltamos uma vez mais a importância do contacto entre os membros da direção/profissionais da equipa técnica e os residentes e auxiliares de ação direta, pois o diálogo e a relação que poderá estabelecer-se irá permitir uma transmissão de informação e uma troca de ideias que, com certeza, serão benéficas para ambas as partes: a direção, porque ouve a comunidade com a qual trabalha e cria mais condições para o desenvolvimento do trabalho que cumpra a missão da organização e os residentes, porque veem os serviços mais adaptados às suas necessidades, potencialidades, gostos e expectativas.

A aplicação deste projeto será de alguma forma inovadora, porque verificamos frequentemente que os fatores “poder de decisão”, “escolha”, “participação” dos residentes, são nulos no que toca à política institucional e a todo o funcionamento da residência que ela orienta.

3.4. Proposta de ação nº4 – Dinamizar um comité para dar voz aos residentes

Objetivo Geral

- Garantir o estabelecimento de relações de proximidade, promovendo o contributo ativo dos residentes na vida institucional.

Objetivos Específicos

- Promover o diálogo entre residentes para que possam debater os problemas do quotidiano;
- Estimular os idosos para que estes possam expor as suas opiniões e colaborem ativamente na tomada de decisão.

Estratégias de ação

- É essencial consciencializar a direção para a necessidade da transmissão de informação para os seus residentes pois, para que estes possam tomar decisões acerca da vida institucional e das suas próprias vidas, devem ter acesso a informação adequada que lhes permita estarem capacitados para tal;
- Deve trabalhar-se junto dos residentes a questão da motivação para que eles se consciencializem que têm capacidades e direito à sua autonomia;
- Promoção de discussão de temas importantes relacionados com o funcionamento do quotidiano da residência e com os direitos dos residentes.

Atividades a desenvolver

- Criar momentos de diálogo (reuniões, sessões de discussão) onde os residentes possam debater questões de vida institucional e das suas próprias vidas, apresentando opiniões e sugestões de melhoria;
- Reunir (nessas estruturas de diálogo) residentes, cuidadores e técnicos para trocarem ideias e exporem a sua perspetiva em torno de assuntos relativos ao quotidiano institucional:
 - Agendar reuniões mensais onde os residentes possam discutir temáticas associadas às normas da instituição, horários, ementas e outras potenciais áreas que necessitem de intervenção;
 - No momento das reuniões deverá ser elaborada uma ata de reunião, onde estejam reunidas as sugestões, opiniões e decisões tomadas pelo grupo de residentes para que posteriormente possam ser apresentadas à direção e à direção técnica e ao conjunto dos profissionais.

3.5. Proposta de ação nº 5 – Promover a participação dos idosos, auxiliares e familiares dos idosos na elaboração do plano de cuidados

Objetivo Geral

- Implicar o residente, os auxiliares de ação direta e seus familiares na definição do seu plano de cuidados, sobretudo quando os níveis de dependência são elevados.

Objetivos Específicos

- Promover a participação do idoso para que este seja o principal ator na definição do seu plano de cuidados, de forma a ser o mais adequado às suas necessidades e interesses;
- Promover a participação dos auxiliares e dos familiares dos idosos que, pelo conhecimento que têm dos seus entes, das suas necessidades e problemas, podem ser fundamentais na conceção e implementação do plano de cuidados.

Estratégias de ação

- Desenvolver diálogos entre profissionais e familiares dos idosos para que os primeiros possam perceber aspetos da história de vida dos seniores, acontecimentos que para eles foram significativos, as suas atitudes e comportamentos, de forma a facilitar a elaboração e implementação do plano de cuidados;
- A equipa multidisciplinar deverá entender o idoso na sua complexidade e individualidade, consciencializando-se acerca da importância da participação da família na elaboração do plano de cuidados: criando momentos de trabalho com os familiares, para que eles participem na definição do plano de cuidados;
- Deve existir um trabalho junto da família (através da promoção da sua participação em diversos momentos/atividades da vida do lar) para que se mantenham presentes na vida do residente, alertando-os para a importância da sua participação na definição do plano de cuidados, principalmente quando

estamos perante idosos que apresentem algum problema de comprometimento da função cognitiva que coloque em causa a sua participação.

Atividades a desenvolver

- Proceder com o familiar a um levantamento da história de vida do idoso, dos seus acontecimentos mais significativos, assim como dos seus hábitos, gostos, interesses, potencialidades, problemas e necessidades;
- Reunir a equipa multidisciplinar com o idoso e os seus familiares, em que estes possam expressar as suas opiniões e sugestões para a definição do plano de cuidados;
- Criar atividades em que as famílias participem e implicá-las nas rotinas quotidianas dos seus familiares na residência.

3.6. Proposta de ação nº6 – Fomentar o envolvimento do idoso na elaboração, implementação e avaliação do plano de atividades

Objetivo Geral

- Promover a participação do idoso na definição, implementação e avaliação do plano anual de atividades.

Objetivos Específicos

- Envolver os idosos na definição das atividades, de forma a expressarem os seus gostos, interesses, motivações, necessidades;
- Estimular a participação ativa do idoso na ótica da autonomia e tomada de decisão no que refere às atividades a desenvolver, ao modo como desenvolvê-las e avaliá-las.

Estratégias de ação

- Proceder a um levantamento de necessidades, gostos e interesses dos idosos para a construção/implementação conjunta do plano de iniciativas de animação sociocultural;
- Desenvolver conversas informais e formais, individual ou coletivamente com os residentes, de forma a perceber qual o tipo de atividades que lhe despertam maior interesse;
- Elaborar e implementar propostas com algumas atividades que possam ir ao encontro dos interesses dos residentes e, ao mesmo tempo, possam proporcionar novas experiências e desenvolver novos interesses.

Atividades a desenvolver

- Realizar reuniões entre residentes e a animadora sociocultural para definir as atividades que se irão desenvolver e planificá-las em conjunto;
- Contactar com os familiares e amigos próximos, para que estes possam ser envolvidos nas iniciativas sugeridas pelos idosos;
- Desenvolver atividades de animação sociocultural (por exemplo: comemorações de dias festivos como aniversários, dia da família, passeios, trabalhos manuais para decoração dos espaços da instituição, jogos tradicionais, entre outras), envolvendo idosos, familiares, profissionais das diversas categorias e diretores.
- Avaliar as atividades de animação sociocultural que envolvem idosos, familiares, profissionais das diversas categorias e diretores.

AVALIAÇÃO

A avaliação é um ponto essencial no decorrer do projeto, dado que é através desta que podemos detetar os obstáculos que se colocam à intervenção e os pontos a melhorar, de forma a podermos corrigi-los. Entendemos que a avaliação deve acompanhar todo o processo de intervenção: ela é o meio que nos permite melhorar a planificação e a execução da intervenção e traduz-se também num processo de reflexão dos profissionais que os pode orientar para a melhoria das suas práticas.

No que concerne ao nosso projeto, a avaliação será executada a partir de uma comparação de resultados pré, durante e pós intervenção. Recorrendo-se novamente à aplicação dos inquéritos do “SAMES- Lar” verifica-se, após a intervenção, se houve ou não alguma alteração relativamente aos assuntos estudados e, em particular, o que mudou nas perceções dos residentes em termos de necessidades e de grau de satisfação relativamente ao modo como os serviços lhes são prestados. Esta avaliação é, segundo Guerra (2000, p.197) “uma avaliação de objetivos ou de resultados que pretende verificar os efeitos do projeto no fenómeno social (...) pretende-se conhecer os resultados e a eficácia do projeto.”

Importa reforçar a ideia de que a avaliação não deve ser feita apenas na fase final do projeto. Esta deve ser realizada de forma sistemática para que se possa controlar o modo como os resultados são alcançados, as lacunas existentes, as dificuldades e imprevistos que vão surgindo no decorrer da implementação do projeto, permitindo adequar as atividades a desenvolver. Assim sendo, o método anteriormente apontado poderá ser complementado com a adoção de um modelo de avaliação de acompanhamento – uma avaliação dinâmica do processo de intervenção -, uma vez que através desta poder-se-á analisar todo o processo de concretização do projeto: a intervenção realizada e a forma como se atingiram ou não determinados resultados e o que pode ser mudado para garantir maior eficácia.

A observação participante será a técnica de recolha de dados que nos permite fazer uma avaliação constante do modo como o projeto é implementado. Através destes métodos poderemos avaliar se as estratégias utilizadas foram ou não bem-sucedidas, podendo apontar-se trajetórias alternativas com vista à melhoria de uma potencial intervenção com os residentes. Para além da observação, poderão realizar-se entrevistas em situação de conversa informal de forma a recolher a visão que os residentes têm

sobre a vida no lar e se consideram que houve alterações antes e depois da implementação do projeto, em particular nas questões relativas aos processos de tomada de decisão e de participação.

É necessário definir alguns indicadores que nos permitam avaliar se a implementação do projeto será bem-sucedida e se os objetivos traçados foram alcançados. É fundamental avaliar o grau de satisfação dos idosos (através de uma nova aplicação dos inquéritos do “SAMES – Lar”), bem como o grau de adesão (avaliação executada pelo técnico responsável pelo projeto) no que refere à sua participação na definição do quotidiano da instituição, nomeadamente, na definição de regras, horários, plano de atividades, do plano de cuidados, etc. Neste contexto importa perceber se existiu a promoção de novas experiências e se houve um despertar de novos gostos, motivações e interesses nos idosos. As relações entre os residentes com os profissionais e a direção da instituição também é um ponto a ter em conta no momento da avaliação. Esta é uma dimensão crucial do clima organizacional que pode ser potenciador ou não do desenvolvimento de planos de cuidados personalizados e de um plano de animação sociocultural estimulante e desafiador do desenvolvimento de competências dos idosos. Não menos importante, devemos perceber qual o grau atribuído à preservação da identidade e individualidade do residente, se existiu uma melhoria dos cuidados prestados e qual o grau de cumprimento dos objetivos do projeto de intervenção individual.

O número de formações realizadas, os colaboradores que nelas participam e os conteúdos abordados também devem ser alvos da nossa avaliação. O mesmo acontece quando falamos nos constrangimentos que forem surgindo ao longo de toda a intervenção: eles devem ser anotados, analisados e devemos pensar em estratégias de ação que os ultrapassem.

No momento em que realizamos a avaliação devemos sempre tentar dar resposta, pela intervenção a realizar, aos objetivos que nos propusemos alcançar, determinando até que ponto é que estes foram alcançados ou não, e quais os efeitos e mudanças que a sua aplicação teve.

REFLEXÃO FINAL

A escolha deste lar recaiu pelo facto da investigadora se encontrar a exercer funções de assistente social desde o final do ano de 2013 e possuir uma noção empírica da realidade vivenciada pelos idosos desta instituição e pretender usar esse conhecimento para pensar sobre as suas próprias práticas, as dos outros profissionais e as da instituição e propor estratégias de intervenção que possam ter o potencial de envolver os residentes no processo de tomada de decisão. Esta experiência profissional originou o despertar de uma consciencialização para a necessidade de uma intervenção que permitisse proporcionar uma melhor qualidade de vida e bem-estar aos residentes através da promoção da sua autonomia e da sua participação ativa na vida do lar. Pois, os residentes encontram-se diariamente deparados com restrições e condicionalismos na escolha, planificação e implementação dos serviços e das nas atividades desenvolvidas, não tendo oportunidades de influenciar a vida da organização e de assumir o controlo das suas próprias vidas.

Chegado a este ponto da reflexão, será importante retomar a questão orientadora deste projeto: “Será possível criar mecanismos que fomentem a participação dos idosos na vida do lar, de forma a mantê-los autónomos?” “Como promover o *empowerment* dos idosos institucionalizados?”

A institucionalização leva à perda da possibilidade do idoso administrar o seu tempo, o seu espaço e de tomar as suas decisões. Verifica-se que não existe oportunidade para que possa expressar a sua opinião e tomar decisões inerentes ao seu quotidiano e às rotinas que caracterizam o funcionamento diário do lar. A identidade do idoso institucionalizado é colocada em causa quando se depara com este género de restrições que condicionam a sua personalidade, o seu estilo de vida, as rotinas que faziam parte do seu quotidiano.

O processo de institucionalização por si só, já deixa o idoso numa situação de vulnerabilidade. As mudanças a que se encontra sujeito provocam muitas vezes receios e inseguranças relativamente à sua nova situação, que se vê agravada se existir uma rutura com os seus hábitos e com as práticas que desenvolvia no seu quadro anterior de vida e, sobretudo, se deixa de poder decidir as questões mais elementares da sua vida: até quando pode ir à casa de banho. Como tal, é importante minimizar os efeitos

produzidos por esta mudança, proporcionando ao idoso uma vivência o mais próxima possível daquela que tinha antes do internamento ou então uma vivência do processo de envelhecimento ainda mais positiva. O mesmo é dizer uma em que continue a ser um cidadão de direitos, e em particular um que pode decidir sobre diversos ângulos da sua vida.

Como podemos analisar, estes mecanismos de promoção de participação são efetivamente praticáveis, sendo a maior dificuldade o trabalho a desenvolver junto das direções e dos profissionais. Como tal, Zimerman considera que

[...] o que se pode tentar fazer é tentar mudar a mentalidade da sociedade e das pessoas que administram e trabalham nas instituições, procurando fazer com que o idoso seja entendido e respeitado nas suas necessidades, com que as pessoas consigam se colocar na sua posição, senti-lo, compreendê-lo e atendê-lo. (Zimerman, 2000, p. 94)

Os idosos são percecionados como meros destinatários de serviços. E é neste contexto que se deve intervir, para que se tornem em membros plenos da organização, mantenham a sua autonomia e tenham condições de intervenção e se sintam parte integrante da instituição.

A política organizacional assumida pelas diversas instituições, entre elas, aquela na qual desenvolvemos o nosso estudo, condiciona a aplicação de lógicas de funcionamento mais abertas, mais flexíveis e menos controladoras da vida dos seus utilizadores e mais potenciadoras da sua participação social.

Através dos dados recolhidos no lar observado, verificamos que existem muitos constrangimentos levantados pela instituição que comprometem a satisfação das necessidades e vontades dos idosos, bem como a sua participação e autonomia. O sentimento de pertença, a autonomia e a participação encontram-se anuladas pela homogeneização de cuidados presente no dia-a-dia dos residentes dado que

[...] o quotidiano institucional é, igualmente, regido por rotinas, regras e normas decididas unilateralmente pela direção ou responsáveis. O residente raramente ou nunca interfere nas decisões a tomar, ainda que lhe digam diretamente respeito (ex.: mudar de quarto). (Guedes, 2012, p. 324)

Transversalmente à observação participante e às informações recolhidas juntos dos residentes comprova-se que todo o quotidiano vivenciado na instituição é reflexo de sequências assentes em horários e normas implementadas através do regulamento

interno e de planeamento, desde os dias em que cada idoso toma banho completo, às atividades de animação sociocultural e de ocupação de tempos livres. Toda esta rotina encontra-se incutida pela direção e implementada pelos profissionais para, supostamente, alcançar um funcionamento organizacional que irá contribuir para o bem-estar dos residentes. Todavia, como podemos certificar, nem tudo o que julgam ser o ideal para os residentes e para a organização é, efetivamente, o melhor. De acordo com as opiniões recolhidas junto dos idosos, comprovamos que existe necessidade de promover mudanças, de forma a poder implica-los na definição do quotidiano institucional. As mudanças podem ser alcançadas se houver uma consciencialização, por parte da direção e dos seus colaboradores, da necessidade de cooperação e independência dos residentes. Devem criar-se comités de residentes que representem todos os idosos junto da direção, para que possam levar até ela as suas opiniões, sugestões, interesses, problemas e necessidades. Os idosos devem ter um papel ativo nas tomadas de decisão no que refere ao seu quotidiano e ao quotidiano institucional, devem ser agentes ativos na definição do seu plano de cuidados, na definição dos planos de atividades, no modo como os serviços são prestados, etc.

Trabalhar o conceito de *empowerment* é essencial para se perceber como os idosos se podem tornar autónomos e para que sejam capazes de gerir e tomar decisões acerca do seu quotidiano. Quando se trata de idosos cuja função cognitiva está comprometida é importante chamar os seus familiares a intervir nas decisões acerca da vida desse utente.

O quotidiano é regulado por normas determinadas pelos dirigentes, e caso não sejam estes a tomar determinada decisão, compete aos profissionais fazê-lo. O idoso raramente é chamado a pronunciar-se sobre ações de vida diária ou outras em que ele é o principal interessado e que sofre maior influência.

Se não se tomarem medidas que terminem com esta organização tradicional, que deixa o idoso em último plano e que o encara apenas como um utilizador, poderá haver uma perda de motivação e de interesse pela própria vida, originando sentimentos de solidão, tristeza e até mesmo quadros depressivos. Assim, parece-nos urgente determinar medidas para que os residentes tenham um contacto mais próximo com a direção e com os profissionais (os que estão para além dos auxiliares) para que possam expressar as suas necessidades e para que manifestem aquilo que realmente é a realidade por eles vivenciada.

A criação de grupos de conversa, o desenvolvimento de reuniões não só entre residentes, mas entre residentes, direção e as diversas categorias profissionais (na qual possam debater e definir o seu plano de cuidados, plano de animação sociocultural, e onde possam dar a sua opinião e sugestões para a definição do quotidiano institucional) a criação de um comité de residentes seria outra medida para assegurar a participação do idoso na organização do funcionamento institucional. A implicação dos residentes no estabelecimento de regras, na definição das rotinas da instituição - desde horários, refeições, decoração dos espaços comuns e atividades de animação sociocultural – poderia contribuir positivamente para a preservação da sua identidade e fazê-los sentirem-se parte integrante e ativa no lar. No entanto, para que se consiga tal realidade, também é necessário desenvolver algum trabalho junto da direção e dos profissionais para que possam reconhecer que a política organizacional assumida atualmente, não se encontra ajustada àquilo que é desejável numa instituição deste tipo.

A exploração desta temática pode ser um ponto de partida para uma mudança de atitude por parte das instituições e é neste sentido que se sobressai a importância deste projeto, em que pretende-se transmitir uma nova perspetiva acerca da gestão organizacional dos lares de idosos.

Defendemos que os profissionais (e em particular os assistentes sociais) devem ser os defensores dos interesses dos idosos. Deste modo, não podemos deixar de ressaltar, na conclusão deste trabalho, o papel do assistente social gerontológico, em todo este processo de intervenção não só como promotor de *empowerment* mas também de defesa (*advocacy*) dos interesses dos idosos junto das direções. O conceito de *advocacy* deve ser aplicado pelos profissionais sociais de forma a promover a equidade, a justiça social e a inclusão. Segundo Dalrymple e Boylan (2013, p. 2), “a advocacia pode ajudar as pessoas tornarem-se mais conscientes dos seus próprios direitos, para exercer esses direitos e ser envolvido e influenciar as decisões que estão a ser feitas sobre o seu futuro.” Para além de desenvolver uma intervenção diretamente voltada para o *empowerment*, o assistente social deve assumir um papel de defesa mais acentuado (*advocacy*), de forma a promover serviços que permitam ao idoso tomar uma posição e decisões relativas à sua própria vida. Este trabalho de *advocacy* é, amiúde, promotor de mudanças, pois através da transmissão da informação e da defesa dos interesses dos idosos e da promoção de *empowerment*, é possível satisfazer as reais necessidades dos residentes, de acordo com as suas especificidades e da sua individualidade.

Além deste domínio de intervenção focado no empoderamento dos idosos, este trabalho de projeto, e em particular o diagnóstico social realizado, não pode deixar de realçar outros domínios de ação importantes (muitas vezes cruzados com o trabalho dirigido ao *empoderamento* dos idosos), que também devem ser percorridos numa intervenção social em contexto residencial e que passamos a enunciar:

- Desenvolver um plano de atividades mais rico e diversificado, de forma a promover novas experiências e a despertar novos interesses. Para além dos residentes decidirem quais as ações que gostariam de desenvolver, segundo os seus interesses, poderiam ser-lhes apresentadas novas iniciativas que contribuíssem para o desenvolvimento de novos interesses e para o alargamento dos seus horizontes. A promoção de novas experiências poderia funcionar como um enriquecimento pessoal, contribuindo para uma maior autoestima e motivação para a sua vida.

- Garantir a privacidade e intimidade dos idosos – estes devem ter o seu espaço privado, organizado da forma como entendem. Os lares de idosos devem assumir uma nova postura permitindo uma personalização dos espaços.

- Individualizar os cuidados prestados respeitando a personalidade e a diversidade dos hábitos de vida, promovendo a continuidade dos hábitos e rotinas do idoso para que não haja uma rotura brusca relativamente aquilo que era o seu quotidiano até ao momento da sua integração numa estrutura residencial.

- Implicação das famílias na vida do idoso e no quotidiano institucional, participando ativamente e sendo presença constante na sua vida. Os familiares deveriam poder participar no quotidiano institucional, abrindo-se a possibilidade de almoçarem/jantarem com os residentes, participarem nas atividades de animação sociocultural, etc.

- Garantir uma abertura por parte da instituição ao exterior, promovendo o contacto com a comunidade, familiares e amigos dos idosos, reconhecendo o direito das pessoas idosas à cidadania e à participação social. As estruturas residenciais deveriam permitir e incentivar os seus residentes à participação nas atividades desenvolvidas pela comunidade, nomeadamente atividades desenvolvidas pelas autarquias, clubes desportivos e escolas, entre outros, para que os idosos não ficassem isolados da sociedade.

- Desenvolver ações de voluntariado para promover a utilidade social dos residentes, mas também para que estes possam ter contacto com outras realidades e para que conheçam novas pessoas.

- Diminuição das situações de isolamento social e/ou solidão, promovendo um alargamento das redes de sociabilidade, particularmente as inter-geracionais. O contacto com gerações mais novas também deveria ser um ponto de elevada relevância para a troca de conhecimentos e de experiências.

- O contacto entre residentes de diferentes instituições também poderia ser alvo de intervenção no sentido de trocarem experiências acerca das vivências e da forma como cada uma se organiza, para aperfeiçoamento mútuo dos serviços prestados. As estruturas residenciais deveriam promover atividades e convidar outras instituições permitindo o contacto entre os residentes. Tal fator poderia ser promotor de uma melhoria de serviços por parte deste tipo de entidades.

As estruturas residenciais devem desenvolver os seus serviços sustentados numa atuação personalizada e humanizada, que vão ao encontro das reais necessidades de cada idoso, tendo sempre como base para a sua ação os residentes enquanto seres únicos, detentores de vivências e de uma história de vida, de gostos e interesses que devem ser respeitados e considerados em cada momento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, R. (2011). Reminiscência como técnica de intervenção psicológica em pessoas idosas. Santa Maria da Feira: FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN FUNDAÇÃO PARA A CIÊNCIA E A TECNOLOGIA p.54-60

Ander-Egg., & Idáñez., (1998). Como elaborar um projecto: Editora Lumen-CPIHTS;

Ammann, S., (1978). Participação Social. São Paulo: Cortez & Moraes LTDA.

Apoios Sociais e programas para pessoas idosas (2013). Disponível em: <http://www4.seg-social.pt/idosos#>. Acedido em: 31 de Maio de 2014

Carta Social Rede de Serviços e Equipamentos. (2013). Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocal2013.pdf>. Acedido a 1 de Maio de 2015.

Carvalho. M., (2013) Serviço Social no Envelhecimento. Lisboa: Lidel Edições Técnicas;

Chappell, N. (2001). Quality Long-Term Care: Perspectives From the Users of Home Care. In L. Noelker & Z. Harel (Eds.), Linking Quality of Long Term Care and Quality of Life(p. 75-94). New York: Springer Publishing Company, Inc.

Chopart, J. (org.). (2003). Os Novos Desafios do Trabalho Social Dinâmicas de um campo profissional. Porto: Porto Editora - Coleção Educação e Trabalho Social

Cox, E., & Parsons, J., (1994). Empowerment – Oriented Social Work Practice with the Elderly. California: Pacific Grove

Dalrymple, J.; Boylan, J., (2013). Effective advocacy in Social Work. London: SAGE Publications

Elizasu, C. (1999). La Animación com Personas Mayores. Madrid: Editorial CCS;

Estivill. J., et al. (2006). Pequenas experiências Grandes esperanças!. Porto: REAPN

Fazenda, I., (sd). EMPOWERMENT E PARTICIPAÇÃO, UMA ESTRATÉGIA DE MUDANÇA. CENTRO PORTUGUÊS DE INVESTIGAÇÃO E HISTORIA E TRABALHO SOCIAL. Disponível em: <http://www.cpihts.com/PDF/EMPOWERMENT.pdf>. Acedido em: 3 de Setembro de 2014;

Fernández-Ballesteros, R., (2009). Envejecimiento activo Contribuciones de la Psicología. Madrid: Ediciones Pirámide

Fischer, G.,(1994). Psicologia Social do Ambiente, Lisboa: Instituto Piaget

Fontaine, R., (2000). Psicologia do envelhecimento. Lisboa: CLIMEPSI Editores. p.131-156

Gil, A., (1995). Manual de Investigação das Ciências sociais. Lisboa. Editora Gradiva;

Goffman, E. (1961). Manicómios, prisões e conventos (5ª ed.). São Paulo: Editora Perspectiva.

Gubrium, J. F. (1997) Living and Dying at Murray Manor, Charlottesville: University Press of Virginia.

Guedes. J., (2008). Identidades, Valores e Modos de vida – Desafios Identitários Associados ao Internamento em Lar; VI congresso português de sociologia - mundos sociais: saberes e práticas. Universidade Nova de Lisboa - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Guedes, J., (2008). O internamento em lar e a identidade dos idosos – Dissertação. Porto

Guedes, J., (2012) Viver num Lar de Idosos Identidade em risco ou Identidade riscada. Lisboa: Coisas de Ler

Guerra, I., (2000). Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Ação o Planeamento em Ciências Sociais. Principia;

Greenwood, E. (s.d.). Métodos de investigação empírica em Sociologia. Obtido em 7 de Julho de 2015, a partir de <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1224164262K21AE9wd1Ui39AM8.pdf>

INE. (2011). Censos 2011 – Resultados definitivos Portugal. Lisboa: INE

Instituto Gineste-Marescotti (2012). A Metodologia Gineste-Marescotti: cuidar em Humanidade. Disponível em: http://www.humanitude.pt/?page_id=31. Acedido em: 25 de Maio de 2014

Jacob, L. (2002). Origem e desenvolvimento das IPSS [On-line]. Disponível em: <http://www.socialgest.pt>. Acedido em: 16 de Fevereiro de 2015

Jacob, L. (2007). Animação de Idosos: Actividades. Porto: Âmbar

Joaquim, H., (2008). O Serviço Social nos Centros Sociais e Paroquiais. Lisboa: Universidade Católica Editora

Mallon, I., A protecção de si no Lar de Idosos in: F. de Singly (org.), Livres juntos. O individualismo na vida comum, 2000, Lisboa, Ed. Dom Quixote

Ministério da Solidariedade (1998). Despacho Normativo nº 12/98 de 25 de Fevereiro. Diário da República nº 47/98-I-B Série . Lisboa.

Northen, H. (1974). SERVIÇO SOCIAL COM GRUPOS. Rio de Janeiro: Livraria AGIR Editora;

Paúl, C. M. (1997). Lá para o fim da Vida: Idosos, Família e Meio Ambiente. Coimbra: Almedina

Paúl, C. Fonseca, A.M, (2005). Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi

Pereira, J., Vieites, M., & Lopes, M., (coord.). (2008). A Animação sociocultural e os desafios do século XXI. Ponte de Lima: Intervenção- Associação para a Promoção e Divulgação Cultural. P.210-217

Pimentel, L. (2001). O Lugar do idoso na família – Contextos e Trajectórias. Coimbra: Quarteto

Pinto, C., (2013). Uma Prática de *Empowerment* com Adultos Idosos. In: Carvalho. M., (coord.). Serviço Social no Envelhecimento. Lisboa: Lidel Edições Técnicas

PORDATA – Indicadores de Envelhecimento em Portugal (2014) Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>. Acedido em: 20 de Junho de 2014

PORDATA - População residente segundo os Censos: total e por sexo – Portugal. (2015) Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%c3%a7%c3%a3o+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+sexo-1> Acedido em 23 de Maio de 2015

OSÓRIO, A., (1997). Animação sociocultural na terceira idade. In TRILLA, Jaume (coord.). Animação Sociocultural – Teorias, Programas e Âmbitos. Lisboa: Horizontes Pedagógicos - Instituto Piaget.

Quivy, R. e Campenhoudt, (1992). Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa. Gradiva.

Ribeirinho, C., (2013). Serviço Social Gerontológico: Contextos e Práticas Profissionais. In: Carvalho. M., (coord.). Serviço Social no Envelhecimento. Lisboa: Lidel Edições Técnicas

Rogers, C. (1961). Tornar-se pessoa. 7ª Edição. Lisboa: Moraes Editores. P. 53-60

Rossel. N., Herrera. R., & Rico M., (2004) Introducción a la Psicogerontologia. Madrid: Ediciones PIRÁMIDE. p.89-96.

Santos, F., Encarnação. F., (2008). Modernidade e Gestão da Velhice. Faro: Ministério da Solidariedade e Segurança Social – Centro Regional da Segurança Social- Algarve

Segurança Social: Apoios Sociais e Programas para Idosos. Disponível em: <http://www4.seg-social.pt/idosos>. Acedido em: 17 de Maio de 2014.

Sequeira, C., (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Grupo LIDEL.

Trilla, J., (1998). ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL- Teorias, Programas e âmbitos. Lisboa: Instituto PIAGET

Viegas. S.; Gomes. C., (2007). A identidade na velhice. Porto: Ambar. P. 9-25

Vieira. E., (2003). INSTITUIÇÕES GERIÁTRICAS Avanço ou Retrocesso?. Rio de Janeiro: REVINTER

Zimmerman. G., (2000). VELHICE Aspectos biopsicossociais. S. Paulo: Artmed.

ANEXOS

ANEXO I
INQUÉRITO “SAMES-LAR”

**SISTEMA DE AVALIAÇÃO
MULTIDIMENSIONAL DE EQUIPAMENTOS
SOCIAIS - LARES DE IDOSOS**

SAMES - LAR (9)

2º Instrumento

**INQUÉRITO RELATIVO ÀS
CARACTERÍSTICAS DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO –
ICOF**

Data __/__/__

Nome da instituição _____

Tipo de instituição _____ Há quanto tempo existe esta instituição _____

Organismo de que depende _____ Nome do avaliador _____

Este instrumento faz parte de uma das oito escalas que constitui o SAMES-LAR(8). Com este inquérito pretende-se avaliar aspectos relativos às condições económicas e de admissão na instituição, bem como aos tipos de quarto, ao tipo de política organizativa e aos serviços e actividades que a instituição proporciona aos residentes.

SECÇÃO I - ASPECTOS FINANCEIROS E DE INGRESSO

1 Há uma jóia de entrada? 1 – SIM 2 – NÃO 0 – N/A

1a. Se sim, qual é o seu valor mínimo _____

1.b Se sim, qual é o seu valor máximo _____

2- Qual a mensalidade ao encargo dos residentes?

2 a. Mensalidade máxima _____

2 b. Mensalidade mínima _____

2 c. Que serviços incluem essa mensalidade:

Quarto 1 – SIM 2 – NÃO 0 – N/A

Cuidados pessoais 1 – SIM 2 – NÃO 0 – N/A

Limpeza 1 – SIM 2 – NÃO 0 – N/A

Cuidados de higiene 1 – SIM 2 – NÃO 0 – N/A

Alimentação 1 – SIM 2 – NÃO 0 – N/A

Outros 1 – SIM 2 – NÃO 0 – N/A

3- O valor das mensalidades é estabelecido em função dos rendimentos dos residentes? 1 – SIM 2 – NÃO 0 – N/A

4- Antes da admissão definitiva dos residentes existe um período de adaptação? 1 – SIM 2 – NÃO 0 – N/A

5- Há uma idade mínima de entrada? 1 – SIM 2 – NÃO 0 – N/A

5a Se sim, qual é? _____

6. Há uma lista de espera para entrar na instituição? ☐ – SIM ☐ – NÃO ☐ – N/A

6a. Se sim, cerca de quantas pessoas estão inscritas? _____

7- Qual a capacidade total da instituição, isto é, quantas pessoas podem viver nela? _____

8- Quantas pessoas a habitam actualmente? _____

Comentários sobre os aspectos financeiros e de ingresso:

SECÇÃO II - TIPOS E CARACTERÍSTICAS DOS QUARTOS

1 Se a instituição está dividida em quartos ou dormitórios:

1a. Qual o número total de quartos? _____

1b. Quantos quartos individuais existem? _____

1c. Quantos quartos são de 2 pessoas? _____

1d. Quantos quartos são para 3 residentes? _____

1e. Quantos quartos são para 4 ou mais residentes? _____

1f. Qual o maior número de residentes que partilham um quarto ou dormitório? _____

1g. Quantas casas de banho existem? _____

1h. Quantas casas de banho são partilhadas por 2 residentes? _____

1i. Quantas casas de banho são partilhadas por 3 ou mais residentes? _____

1j. Qual é o maior número de residentes que partilham a mesma casa de banho? _____

2- Se esta instituição está dividida em apartamentos:

2a. Quantos apartamentos para residentes existem? _____

2b. Quantos apartamentos tipo estúdio existem? _____

2c. Quantos apartamentos de 1 quarto existem? _____

2d. Quantos apartamentos de 2 quartos existem? _____

3- Para todas as instituições

3a. Há quartos ou apartamentos mobilados? ☐ 1 – SIM ☐ 2 – NÃO

3b. Os residentes têm as suas próprias caixas de correio? ☐ 1 – SIM ☐ 2 – NÃO

3c. Há chaves em todas as casas de banho? ☐ 1 – SIM ☐ 2 – NÃO

3d. Em caso do quarto ser partilhado por 2 pessoas, existe uma clara separação entre as áreas onde dormem? ☐ 1 – SIM ☐ 2 – NÃO

Comentários sobre as características e tipos de quartos na instituição:

SECCÃO III - POLÍTICA ORGANIZATIVA

Parte I – Informações gerais

1 De que organismo depende a instituição:

1a Privado lucrativo, especificar _____

1b. Privado não lucrativo, especificar _____

2- A instituição tem um Conselho de Direcção? ☐ 1 – SIM ☐ 2 – NÃO

2a. Se sim, quantas pessoas o compõem? _____

2b. Com que frequência o Conselho se reúne?

1. pelo menos uma vez por mês ☐ 1 – SIM ☐ 2 – NÃO

2. pelo menos uma vez por trimestre ☐ 1 – SIM ☐ 2 – NÃO

3- Se há um Conselho de Direcção, este tem autoridade para regulamentar a vida quotidiana dos residentes nas actividades e serviços oferecidos pela instituição? ☐ 1 – SIM ☐ 2 – NÃO

- 4- Além dos directores, outros membros do pessoal participam nas reuniões regularmente? ☐ 1 – SIM ☐ 2 – NÃO
- 5- Há um guia para os residentes (contendo as regras, os horários dos serviços e das actividades, etc.)? ☐ 1 – SIM ☐ 2 – NÃO
- 6- Há um guia para o pessoal (com indicações sobre a organização, o tratamento dos residentes, etc.)? ☐ 1 – SIM ☐ 2 – NÃO
- 7- A instituição tem um programa para orientar os novos residentes? ☐ 1 – SIM ☐ 2 – NÃO
- 8- Há um programa de orientação para os funcionários novos? ☐ 1 – SIM ☐ 2 – NÃO
- 9- Há reuniões de trabalho que reúnem regularmente a equipa multidisciplinar de técnicos? ☐ 1 – SIM ☐ 2 – NÃO
- 9a. Se sim, com que frequência? _____
10. Há voluntários que prestam serviços na instituição? ☐ 1 – SIM ☐ 2 – NÃO
- 10a. Se sim, há um programa de orientação para os voluntários? ☐ 1 – SIM ☐ 2 – NÃO

Comentários sobre a política organizativa da instituição:

Parte II – Normas relacionadas com as condutas e os bens pessoais

Esta secção inclui perguntas sobre as normas e expectativas no que se refere ao comportamento dos residentes. Assinale, por favor, com uma cruz (x) a categoria que melhor descreve as normas que se aplicam na instituição. As categorias são as seguintes:

Categorias:

⇒ ***Encorajado*** - Este tipo de comportamento ou actividade é incentivado.

⇒ ***Permitido*** - Este tipo de comportamento é esperado; não se faz nenhum esforço para o modificar.

⇒ **Desencorajado** - Tenta-se desincentivar ou eliminar este tipo de comportamento.

⇒ **Intolerável** - A pessoa que persistir nesse tipo de comportamento poderá ser sancionada, podendo, em última instância abandonar a instituição.

		Encorajado	Permitido	Desencorajado	Intolerável
1	Beber álcool no quarto				
2	Ter a sua própria mobília no quarto				
3	Mudar a disposição da mobília no quarto				
4	Ter um pássaro ou peixe no quarto				
5	Ter um disco eléctrico no quarto				
6	Ter uma máquina de café no quarto				
7	Lavar algumas peças de roupa na casa de banho				
8	Beber um copo de vinho ou cerveja às refeições				
9	Não tomar o pequeno-almoço para dormir até mais tarde				
10	Fechar à chave a porta do próprio quarto				
11	Ter relações sexuais com outros residentes				

Comentários acerca das normas de conduta e dos bens pessoais:

Parte III – Expectativas relacionadas com o nível da capacidade funcional

Para as partes III e IV aplique as seguintes categorias para descrever as normas da instituição no que diz respeito às condutas e actividades a seguir mencionadas.

Categorias:

⇒ **Permitido** - Este tipo de comportamento é esperado e não há nenhuma tentativa para o alterar.

⇒ **Tolerado** - Este tipo de comportamento é esperado, mas faz-se um esforço para encorajar o indivíduo a funcionar de forma mais apropriada.

⇒ **Desencorajado** - Tenta-se desincentivar ou eliminar este comportamento.

⇒ **Intolerável** - É provável que uma pessoa que persistir neste tipo de comportamento possa vir a ter que abandonar a instituição.

		Permitido	Tolerado	Desencorajado	Intolerável
1	Incapacidade de fazer a cama				
2	Incapacidade de limpar o quarto				
3	Incapacidade de se alimentar sozinho				
4	Incapacidade de tomar banho ou de se lavar sozinho				
5	Incapacidade de se vestir sozinho				
6	Incontinência de urina e/ou fezes				
7	Confusão ou desorientação				

8	Depressão (choro frequente, tristeza)				
---	---------------------------------------	--	--	--	--

Comentários sobre as expectativas ao nível de habilidades funcionais na instituição:

Parte IV – Regras relacionadas com potenciais problemas de comportamento

		Permitido	Tolerado	Desencorajado	Intolerável
1	Recusa em tomar a medicação				
2	Tomar remédios não prescritos				
3	Abusar da medicação				
4	Ficar bêbado				
5	Sair do edifício ao fim da tarde sem avisar ninguém				
6	Recusar-se a tomar banho ou lavar-se regularmente				
7	Gerar perturbação, fazer barulho				
8	Roubar coisas de outros residentes				
9	Estragar ou destruir intencionalmente coisas (por ex: rasgar livros ou revistas)				
10	Ameaçar verbalmente outro residente				
11	Ameaçar verbalmente um membro do pessoal				
12	Agredir fisicamente outro residente				
13	Agredir fisicamente um membro do pessoal				
14	Tentar suicidar-se				
15	Exibir-se de forma indecente				

Comentários sobre as regras relacionadas com potenciais problemas de comportamento.

Parte V – Participação dos residentes

1- Há residentes que realizam tarefas não remuneradas na instituição? ☐ – SIM ☐ – NÃO

1a. Se sim, quantos residentes o fazem? _____

2- Há um conselho de residentes (i.e. residentes eleitos ou voluntários que se encontram em reuniões marcadas)? ☐ – SIM ☐ – NÃO

2a. Se sim, quantos residentes o compõem? _____

2b. O conselho reúne com que frequência?

Uma vez por semana _____

Uma vez por mês ou menos _____

3- Há reuniões gerais regulares para residentes? ☐ – SIM ☐ – NÃO

3a. Se sim, com que regularidade ocorrem? _____

4- Há comités de residentes (ou comités que têm residentes como membros)? ☐ – SIM ☐ – NÃO

4a Se sim, quantos comités há? _____

Faça a lista dos comités mais importantes, com o número de residentes em cada comité e a frequência dos encontros:

✓ Nome dos comités	Nº de residentes	Frequência das reuniões

5- Há um jornal/boletim informativo da instituição?

☐ – SIM ☐ – NÃO

5a. Se sim, qual é a sua periodicidade? _____

5b. Se sim, é fundamentalmente escrito pelos residentes?

☐ – SIM ☐ – NÃO

6- Há um placard informativo?

☐ – SIM ☐ – NÃO

6a. Se sim, é utilizado pelos residentes?

☐ – SIM ☐ – NÃO

6b. Há regras e regulamentos afixados no boletim ou noutro local público adequado?

☐ – SIM ☐ – NÃO

Comentários sobre a participação dos residentes nesta instituição:

Parte VI – Tomada de decisões

Em que medida os residentes estão envolvidos em decisões nas seguintes áreas:

		A direcção decide	A direcção decide tendo em conta a opinião dos residentes	Os residentes decidem tendo em conta a opinião da direcção	Os residentes decidem
1	Organizar divertimentos como filmes ou festas...				
2	Organizar activ. educativas como cursos e conferências				
3	Organizar actividades de boas-vindas e destinadas a facilitar a orientação dos novos residentes				
4	Decidir acerca da oportunidade de novos programas/actividades				
5	Organizar diária ou semanalmente os menus				
6	Estabelecer o horário das refeições				
7	Estabelecer o horário das visitas				
8	Decidir sobre a decoração das áreas comuns (quadros nos corredores, plantas, etc. ...)				
9	Tratar das medidas de segurança				
10	Tratar das queixas dos residentes				
11	Estabelecer regras sobre o uso de bebidas alcoólicas				
12	Mudar um residente de cama ou de quarto				

13	Decidir acerca da expulsão de um residente que cria problemas				
----	---	--	--	--	--

Comentários acerca da tomada de decisão:

SECÇÃO IV - SERVIÇOS E ACTIVIDADES DISPONÍVEIS

Parte I – Serviços

Por favor, indique quais dos seguintes serviços são proporcionados aos residentes e o número de residentes (aproximadamente) que os utilizam

<i>Serviços</i>		SIM (1)	NÃO (2)	Nº residentes / semana
1	Horário regular de consulta médica			
2	Médico de urgência			
3	Horário de enfermagem (medir a tensão, injeções, curativos, etc. ...)			
4	Há serviço de enfermagem de noite ou para os casos de urgência			
5	Assistência para tomar a medicação			
6	Clínica			
7	Fisioterapia			
8	Serviço de podologia			
9	Terapia ocupacional			
10	Psicoterapia ou ajuda psicológica			
11	Serviços religiosos			
12	Aconselhamento legal			
13	Assistência bancária			
14	Serviço ou assistência na limpeza do quarto ou apartamento			
15	Assistência na preparação da comida			
16	Assistência em matéria de cuidados pessoais			
17	Cabeleireiro			
18	Serviço de lavandaria			

19	Assistência para realizar compras			
20	Serviço de transporte (por ex: minibus)			
21	Administração dos gastos pessoais dos residentes			
22	Loja			

Comentários os serviços prestados:

Parte II – Serviços adicionais

- 1- Serviço diário de pequeno-almoço: ☐ – SIM ☐ – NÃO ☐ – SÓ SEM
- 1a. A que horas é servido? _____
- 1b. Quantos residentes o tomam habitualmente? _____
- 2- Serviço de almoço diário: ☐ – SIM ☐ – NÃO ☐ – SÓ SEM
- 2a. A que horas é servido? _____
- 2b. Quantos residentes almoçam diariamente? _____
- 3- Serviço de jantar diário: ☐ – SIM ☐ – NÃO ☐ – SÓ SEM
- 3a. A que horas é servido? _____
- 3b. Quantos residentes jantam diariamente? _____
- 4- Há serviço de lanche à tarde: ☐ – SIM ☐ – NÃO
- 4a. Quantos residentes o utilizam diariamente? _____
- 5- Há algum menu especial para residentes com problemas de colesterol, hipertensão, etc?
- 5a. Quantos residentes utilizam este serviço?
- 6- Os residentes podem escolher sentar-se onde querem às refeições? ☐ – SIM ☐ – NÃO
- 7- Há uma hora estabelecida para os residentes acordarem de manhã? ☐ – SIM ☐ – NÃO
- 7a. Se sim, a que horas
- antes das 7h _____
- entre as 7h e as 8h _____
- entre as 8h e as 9h _____
- depois das 9h _____
- 8- Há horários estabelecidos para os residentes tomarem banho ou fazerem a sua higiene? ☐ – SIM ☐ – NÃO
- 9- Há horas estabelecidas para os residentes irem para a cama (por ex: há uma hora em que se apagam as luzes)? ☐ – SIM ☐ – NÃO

9a. Se sim, a que horas?

antes das 20h _____

entre as 20h e as 21h _____

entre as 21h e as 22h _____

depois das 22h _____

10- Há uma hora a que todos os residentes têm que estar na instituição à noite?

☐ – SIM ☐ – NÃO

10a. Se sim, a que horas?

antes das 21h _____

entre as 21h e as 22h _____

entre as 22h e as 23h _____

depois das 23h _____

11- Alguém do pessoal verifica ou conta todos os dias os residentes para se ter a certeza de que ninguém falta?

☐ – SIM ☐ – NÃO

12- Há áreas que permanecem fechadas por alguns períodos do dia (ex: sala de jantar, sala de terapia ocupacional, outras salas ou escadarias)?

☐ – SIM ☐ – NÃO

13- Há um horário estabelecido para as visitas?

☐ – SIM ☐ – NÃO

13a. Se sim, qual é o horário?

14- Há salas de visita para uso dos residentes?

☐ – SIM ☐ – NÃO

Comentários sobre os serviços adicionais desta instituição:

Parte III - Actividades implementadas na instituição

Para cada actividade indique a frequência e o número aproximado de residentes que participam.

Actividades		Muito raramente ou nunca	Algumas vezes por ano	1 ou 2 vezes por mês	1 vez por semana ou mais	Nº de residentes que participam
1	Exercício ou outra actividade física					
2	Divertimentos ou espectáculos dentro da residência					
3	Grupos de discussão					
4	Grupos de orientação para a vida quotidiana					
5	Grupo de ajuda mutua					
6	Filmes					
7	Grupos de teatro, canto, dança e outras actividades deste tipo					
8	Aulas ou conferências					
9	Bingo, jogos de cartas ou outros					
10	Festas					
11	Serviços religiosos					
12	Trabalhos manuais					
13	Campanhas de prevenção					

Comentários sobre as actividades implementadas na instituição:

**SISTEMA DE AVALIAÇÃO
MULTIDIMENSIONAL DE EQUIPAMENTOS
SOCIAIS - LARES DE IDOSOS**

SAMES - LAR (9)

5º Instrumento

ESCALA DE CLIMA SOCIAL - ECS

Data----/----/----

Nome (opcional) _____

Sexo: Masculino:_____ Feminino:_____ Idade: _____

Nome da instituição: _____

Há quanto tempo reside ou trabalha aqui? Anos ____Meses ____Dias ____

Faz parte dos funcionários da instituição? Sim _____ Não _____

Se faz parte dos funcionários da instituição, indique a sua categoria _____

Seguem-se 63 afirmações sobre o local onde trabalha ou vive. Baseando-se na sua experiência, por favor responda a estas questões, assinalando SIM ou NÃO. Para isso pergunte a si próprio se a resposta é geralmente verdadeira.

. Coloque uma cruz em SIM se pensa que a afirmação é verdadeira ou em grande parte verdadeira, nesta instituição.

. Coloque uma cruz em NÃO se pensa que a afirmação é falsa ou em grande parte falsa, nesta instituição.

Por favor responda a todas as perguntas.

	Perguntas	SIM	NÃO
1	Os residentes recebem muita atenção?		
2	Os residentes às vezes discutem?		
3	Os residentes dependem geralmente dos funcionários para organizarem as suas próprias actividades (actividades quotidianas, recreativas ou de ócio)?		
4	Os residentes são cuidadosos com o que dizem uns aos outros?		
5	Os residentes sabem sempre onde localizar os funcionários?		
6	Os funcionários são muito rígidos no momento de fazer cumprir regras e regulamentos por parte dos residentes?		
7	O mobiliário é confortável e simples?		

8	Os funcionários da instituição dedicam muito tempo aos residentes?		
9	É pouco habitual que os residentes expressem o seu descontentamento abertamente?		
10	Os residentes esperam geralmente que sejam os funcionários a sugerir uma ideia ou uma actividade?		
11	Fala-se abertamente dos problemas pessoais?		
12	As actividades dos residentes são cuidadosamente planeadas?		
13	Tenta-se experimentar, com frequência, ideias novas e diferentes?		
14	Aqui, por vezes, está frio ou sentem-se correntes de ar?		
15	Os funcionários às vezes falam de forma autoritária com os residentes?		
16	Os residentes criticam ou ridicularizam algumas vezes a instituição?		
17	Ensina-se aos residentes a lidar com problemas quotidianos?		
18	Os residentes tendem a esconder os seus sentimentos em relação uns aos outros?		
19	Alguns dos residentes têm um aspecto sujo ou descuidado?		
20	Se dois residentes têm um desentendimento, vêm-se metidos em sarilhos?		
21	Os residentes podem ter privacidade sempre que queiram?		
22	Há muitas actividades sociais?		
23	Os residentes geralmente guardam as suas discordâncias para si próprios?		
24	Ensinam-se muitas coisas novas nesta instituição?		
25	Os residentes falam muito dos seus medos e receios?		
26	Há a sensação de que as normas e regras estão constantemente a mudar na instituição?		
27	Os funcionários permitem que os residentes não cumpram regras menos importantes?		
28	Este local parece superlotado?		
29	Há a sensação de que muitos residentes simplesmente estão aqui a deixar que o tempo passe?		
30	É pouco frequente que os residentes se queixem uns dos outros?		
31	Os residentes da instituição vão aprendendo a fazer mais coisas por si		

	próprios?		
32	É difícil saber como se sentem os residentes?		
33	Os residentes sabem o que lhes acontece se não cumprirem alguma regra?		
34	Têm-se em conta as sugestões dos residentes no momento de actuar ou tomar decisões?		
35	Por vezes há muito barulho nesta instituição?		
36	Geralmente responde-se de imediato aos pedidos dos residentes?		
37	Há sempre paz e tranquilidade?		
38	Incentiva-se fortemente os residentes a tomar as suas próprias decisões?		
39	Os residentes falam muito dos seus sonhos e ambições do passado?		
40	Em certas ocasiões há muita confusão (normas, horários e organização)?		
41	Tem-se em conta a opinião dos residentes na hora de estabelecer regras?		
42	Por vezes cheira mal aqui?		
43	Os funcionários por vezes criticam ou censuram os residentes por coisas sem importância?		
44	Os residentes são muitas vezes intolerantes uns com os outros?		
45	Os residentes encarregam-se, de vez em quando, de certas actividades?		
46	Os residentes às vezes falam sobre doenças e morte?		
47	Esta instituição está muito bem organizada?		
48	Fazem-se cumprir as normas e regulamentos de forma severa?		
49	Algumas vezes faz calor ou falta ar fresco?		
50	Os residentes tendem a evitar relacionar-se com as outras pessoas?		
51	Os residentes queixam-se muito?		
52	Os residentes preocupam-se mais com o passado do que com o futuro?		
53	Os residentes falam sobre os seus problemas económicos?		
54	Em algumas ocasiões as coisas são pouco claras?		
55	Se um residente não cumpre as normas pode vir a ser expulso?		
56	A iluminação aqui é muito boa?		

57	As conversas que se produzem aqui são muito interessantes?		
58	Os residentes criticam-se muito uns aos outros?		
59	Algumas das actividades dos residentes são verdadeiramente agradáveis ou estimulantes?		
60	Os residentes guardam os seus problemas pessoais para si próprios?		
61	Aqui, as pessoas estão sempre a mudar de opinião?		
62	Os residentes podem alterar coisas aqui se de facto tentarem?		
63	As cores e a decoração tornam esta residência num espaço acolhedor e agradável?		

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

**SISTEMA DE AVALIAÇÃO
MULTIDIMENSIONAL DE EQUIPAMENTOS
SOCIAIS – LARES DE IDOSOS**

SAMES - LAR (9)

6º Instrumento

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES - DN

Data ----/----/-----

Nome da Instituição _____

Idade: _____ Sexo: _____

Por favor, indique quais dos seguintes aspectos abaixo indicados poderiam ser melhorados nesta instituição. No caso de considerar necessário melhorar algum destes aspectos, por favor, escreva o que melhoraria.

	SIM	NÃO
1. Relação entre os residentes	_____	_____
O que melhoraria? _____		
2. Relação entre pessoal e residentes	_____	_____
O que melhoraria? _____		
3. Características físicas e arquitectónicas	_____	_____
O que melhoraria? _____		
4. Organização da instituição	_____	_____
O que melhoraria? _____		
5. Serviços médicos	_____	_____
O que melhoraria? _____		
6. Actividades de tempo livre, culturais, sociais (debates, excursões, etc.)	_____	_____
O que melhoraria? _____		
7. Horários	_____	_____
O que melhoraria? _____		
8. Serviço de refeições	_____	_____
O que melhoraria? _____		
9. Limpeza das instalações	_____	_____

O que melhoraria? _____

10. Normas para as visitas _____

O que melhoraria? _____

11. Programas e actividades na residência (terapia ocupacional, reabilitação, ginástica, etc.) _____

O que melhoraria? _____

12. Outros _____

O que melhoraria? _____

**SISTEMA DE AVALIAÇÃO
MULTIDIMENSIONAL DE EQUIPAMENTOS
SOCIAIS - LARES DE IDOSOS**

SAMES - LAR (9)

7º Instrumento

INQUÉRITO RELATIVO À SATISFAÇÃO - IS

Data ----/----/-----

Nome da Instituição _____
Idade: _____ Sexo: _____

Por favor, indique se está satisfeito com os seguintes aspectos.

Forma A

	SIM	NÃO
1. Relação com o pessoal que trabalha na instituição	_____	_____
2. Características físicas e arquitectónicas da instituição	_____	_____
3. Organização da instituição	_____	_____
4. Relação com os outros residentes	_____	_____
5. Instituição (de uma forma geral)	_____	_____
6. Tem família?	_____	_____
6.1. Está satisfeito com a relação que mantém com ela?	_____	_____

7. Tem amigos?

7.1. Está satisfeito com a relação que mantém com eles?

Data ----/----/-----

Nome da Instituição _____
Idade: _____ Sexo: _____

Por favor, indique se está satisfeito com os seguintes aspectos.

Forma B

	Nada	Pouco	Bastante	Muito	N/A *
1. Relação com o pessoal que trabalha na instituição	_____	_____	_____	_____	_____
2. Características físicas e arquitectónicas da instituição	_____	_____	_____	_____	_____
3. Organização da instituição	_____	_____	_____	_____	_____
4. Relação com os residentes	_____	_____	_____	_____	_____
5. Instituição (de uma forma geral)	_____	_____	_____	_____	_____
6. Se tem família, em que medida está satisfeito com a relação que mantém com ela?	_____	_____	_____	_____	_____

7. Se tem amigos, em que medida está _____
satisfeito com a relação que mantém com eles?

* Não se aplica.

ANEXO II

“GUIÃO DE OBSERVAÇÃO – INTERNAMENTO EM LAR E IDENTIDADE DOS IDOSOS”

Dimensão	Indicadores
Antecedentes da entrada em Lar	<ul style="list-style-type: none"> ● diminuição/perda de autonomia por doença ou acidente ● perda do cônjuge ● viver afastado/independente dos filhos ● dificuldade em cuidar de si próprio ● dificuldade em fazer face a despesas com alimentação, medicação, habitação

Dimensão	Indicadores
Grau de autonomia na decisão de entrada no lar	<ul style="list-style-type: none"> ● entra voluntariamente ● entra voluntariamente, fruto do cálculo do “mal menor” ● entra de forma forçada ● é conduzido à residência por engano ● o idoso transmite a ideia de que foi ele a decidir ● resiste a julgar familiares ou outros indivíduos pela sua entrada ● julgam familiares ou terceiras pessoas como responsáveis pela entrada

--	--

Dimensão	Indicadores
Admissão ao lar	<ul style="list-style-type: none"> ● é indagada a situação económica? ● é necessário alguma carta de recomendação de pessoa idónea? ● é necessário relatório médico? ● é necessário relatório social que ateste o grau de necessidade? ● é feita visita domiciliária para atestar o que o idoso e sua família referem? ● é construída a sua história de vida? ● tenta-se conhecer/apurar dados sobre o indivíduo que o singularizem, o tornem único e digno de consideração?

--	--

Dimensão	Indicadores
Entrada no lar	<ul style="list-style-type: none"> ● a pessoa é apresentada a todos os residentes? Só aos do quarto? Aos da mesa onde vai fazer as refeições? ● os idosos que vivem no lar são sensibilizados para a entrada de um novo residente? ● o idoso dispõe de um tempo de adaptação? Qual é? ● mantém a sua residência anterior disponível para o caso de não se adaptar? ● a apresentação do novo faz-se num momento oficial destinado a esse efeito? ● a apresentação decorre num momento habitual/actividade quotidiana, como uma refeição? ● são apresentados à comunidade residencial os motivos subjacentes à entrada do novo elemento? ● a pessoa recém chegada desperta a curiosidade dos idosos que já lá vivem? ● é assediada permanentemente com olhares e perguntas dos mesmos?

--	--

Dimensão	Indicadores
Adaptação inicial	<ul style="list-style-type: none"> ● quem, na instituição, conduz/apoia o residente no processo de adaptação inicial? ● há algum programa preparado para o acompanhamento do idoso na vida da residência (normas, regras, horários, actividades disponíveis...)? ● o idoso pode escolher o quarto? Ou o lugar no quarto? Ou ainda ficar só? ● se se fizer acompanhar pelo seu cônjuge, é garantido um quarto para os dois? ● pode escolher o local onde vai tomar as suas refeições? ● é tomado em consideração o nível cultural e educacional e a origem social na designação desses espaços? ● é permitido levar móveis próprios? ● é permitido levar objectos pessoais e sentimentais, expondo-os numa cómoda ou mesa de cabeceira? ● é possível pregar um prego para colocar um quadro ou fotografia? ● é possível ter expostas fotografias da sua família? ● o idoso é sujeito de imediato a uma avaliação funcional (médica e de enfermagem, funcional, cognitiva, da rede social, psicológica)? ● o idoso é obrigado a cortar o seu cabelo? ● tem que submeter toda a sua roupa a uma numeração? ● é obrigado a se despojar dos seus bens valiosos (colares, anéis, relógios...), entregando-os à família ou deixando-os no cofre da instituição?

--	--

Dimensão	Indicadores
Outros factores que poderão influenciar a adaptação	<ul style="list-style-type: none"> ● história pessoal (nível de escolaridade, profissão, situação familiar...) ● grau de decisão na entrada no lar ● atitude da família (apoio, visita, incentivo...) ● grau de dependência (física ou psicológica) ● nível de deterioração cognitiva

Dimensão	Indicadores
Tempo de adaptação	<ul style="list-style-type: none"> ● período de adaptação rápido (cerca de uma semana) ● passa bem os primeiros dias por ser novidade mas depois baixa os ânimos e estabiliza ● adapta-se de imediato e faz um número significativo de amizades ● adapta-se pouco a pouco, sendo que o processo se vai estendendo no tempo ● não se adapta, a saúde diminui de forma rápida, podendo ocorrer falecimento prematuro ● não se adapta e por isso sai da residência

--	--

Dimensão	Indicadores
Estratégias de adaptação – afirmação de si e mecanismos de defesa (segundo Lipiansky, 1990)	<ul style="list-style-type: none"> ● assimilação/diferenciação ● afirmação e retraimento ● categorização, clivagem, projecção ● ataque e oposição ● identificação, articulação

Dimensão	Subdimensões	Indicadores
Preservação de identidade pessoal e social no contexto da vida diária em lar	Privacidade /intimidade	<ul style="list-style-type: none"> ● estar no seu quarto sem que ninguém entre sem bater ● ter a chave do seu quarto ● poder receber visitas em local privado ● ter acesso exclusivo aos seus armários ● aceder a casa de banho privativa ● poder falar ao telefone com privacidade ● nos quartos partilhados haverá divisória a separar espaços ● há gabinetes de atendimento aos idosos reservados? ● é possível expressar sentimentos? ● é possível namorar e estabelecer relações de intimidade? ● poder lavar a roupa interior ● problemas pessoais dos idosos guardados em sigilo

Dimensão	Subdimensões	Indicadores
Preservação de identidade pessoal e social no contexto da vida diária em lar	Respeito pelos bens, bom nome e história pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • posse de bens pessoais • chamar pelo nome e não por diminutivos • confidencialidade da informação • cuidado na preservação da aparência pessoal do indivíduo, (ex. sem obrigar a usar babete, meias que não combinam...) • possibilidade de escolher a sua roupa • entendimento do indivíduo como um ser único e diferente de todos os outros • tomar em consideração a história e experiência de vida dos idosos • capacidade de respeito pelos seus gostos e preferências • capacidade de respeito pelas suas ideias, hábitos, credos religiosos e pelo seu passado social e cultural • quando tem de mudar de quarto é tida em conta a opinião do idoso?
Dimensão	Subdimensões	Indicadores
Preservação de identidade pessoal e social no contexto da vida diária em lar	Autonomia	<ul style="list-style-type: none"> • sair para o exterior as horas que deseja • cuidar e decidir da sua aparência física, se pode andar todo dia de robe e chinelos? • decorar o seu quarto de acordo com a sua preferência • cuidar da sua própria higiene • cuidar da limpeza do seu quarto • decidir a que horas quer tomar refeições e o

		<p>menu que deseja</p> <ul style="list-style-type: none">● decidir em que actividades quer participar● podem expressar opiniões, descontentamentos, dar ideias?● realização de tarefas diárias da vida institucional● possibilidade de falar abertamente dos seus medos e receios● podem decidir com quem querem partilhar o quarto● podem decidir sentar-se onde quiserem às refeições● têm hora obrigatória para levantar, tomar banho e ir para a cama?● são idosos que administram o seu dinheiro?● têm autonomia para preparar uma refeição?
--	--	---

Dimensão	Subdimensões	Indicadores
Preservação de identidade pessoal e social no contexto da vida diária em lar	Aspecto físico	<ul style="list-style-type: none"> ● alguns idosos apresentam aspecto sujo e/ou descuidado? ● têm cabelo penteado e arranjado e decide quando o fazer? ● têm barba grande? decide quando a cortar? ● têm as unhas limpas? decide quando as arranjar? ● há atenção no fornecimento de roupas adequadas e em bom estado? ● há partilha das mesmas roupas pelos mesmos idosos ● há prestação de cuidados pessoais diária e atempada? ● analisar se as roupas são diversificadas e a periodicidade da sua lavagem ● analisar se as cores das roupas combinam e estão de acordo com sua vontade ● analisar como se “controla” o cumprimento de higiene dos autónomos.

Dimensão	Subdimensões	Indicadores
Preservação de identidade pessoal e social no contexto da vida diária em lar	Participação	<ul style="list-style-type: none"> ● participa na planificação de actividades sócio-culturais e recreativas? ● dá sugestões/decide novas actividades? ● participa no estabelecimento de regras, normas e horários, nomeadamente de visitas e sobre a sua saída e entrada no lar, sobre a hora de tomar banho ou proceder à limpeza do seu quarto? ● participa na definição das ementas e horário das refeições? ● pode decidir em quais actividades quer participar? ● pode decidir/ participar na decoração dos espaços institucionais individuais ou colectivos? ● pode decidir as penalizações para quem não cumpre as regras? ● pode participar em actividades no exterior, de voluntariado, com outras instituições, ...? ● são asseguradas condições para que os idosos possam usar o seu direito ao voto?